



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Problemy oraz argumenty filozoficzne i etyczne w dyskusji nad metodą in vitro : studium porównawcze wybranych stanowisk bioetycznych

Author: Bogusław Zapart

Citation style: Zapart Bogusław. (2011). Problemy oraz argumenty filozoficzne i etyczne w dyskusji nad metodą in vitro : studium porównawcze wybranych stanowisk bioetycznych. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

UNIwersytet Śląski
Wydział Nauk Społecznych

Bogusław Zapart

**Problemy oraz argumenty filozoficzne i etyczne
w dyskusji nad metodą in vitro**

Studium porównawcze wybranych stanowisk bioetycznych

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
naukowym
prof. dra hab. Adama Jonkisa

KATOWICE 2011

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	7
------------	---

ROZDZIAŁ I

Metoda in vitro w kontekście niepłodności i sposobów jej przewycięzania

1. Zjawisko niepłodności.....	14
2. Alternatywne do metody in vitro sposoby leczenia niepłodności.....	16
2.1. Metody in vivo.....	17
2.1.1. Inseminacje.....	17
2.1.2. Przenoszenie gamet.....	19
2.2. Naprotechnologia.....	20
3. Metoda in vitro.....	23
3.1. Rys historyczny.....	23
3.2. Odmiany metody in vitro.....	24

3.3. Etapy in vitro.....	26
3.3.1. Przygotowanie przyszłych rodziców.....	26
3.3.2. Pobranie komórek.....	29
3.3.3. Laboratoryjne połączenie gamet (sztuczne zapłodnienie).....	31
3.3.4. Diagnostyka preimplantacyjna.....	34
3.3.5. Transfer i implantacja.....	35
3.4. Matka zastępcza (surogatka).....	36
4. Inne aspekty związane z technikami in vitro.....	37
4.1. Wpływ technik in vitro na ciążę.....	37
4.2. Niektóre zagadnienia psychologiczne związane z procesem leczenia niepłodności metodą in vitro.....	39
4.3. Techniki in vitro w przyszłości.....	40

ROZDZIAŁ II

Problemy i dylematy związane z metodą in vitro

1. Ustalenia terminologiczne.....	44
1.1. Terminologia zastana.....	45
1.1.1. Standardowa definicja dylematu i jej uszczegółowienia.....	45
1.1.2. Waltera Sinnota-Armstronga krytyka definicji standardowej dylematu	47
1.1.3. Definicja kontekstowa dylematu Barbary Chyrowicz.....	49
1.2. Uściślenia i rozróżnienia dotyczące pojęcia dylematu przyjęte w pracy.....	51
2. Problemy i dylematy związane z in vitro homologicznym.....	54
2.1. Kwestie związane z rodzicami.....	55
2.2. Pytania dotyczące dziecka.....	60
3. Problemy i dylematy związane z in vitro heterologicznym.....	62
3.1. Trudności dotyczące rodziców.....	62
3.2. Kwestie dotyczące dziecka.....	64
3.3. Pytania związane z dawstwem gamet.....	65
4. Problemy i dylematy wspólne dla obu odmian in vitro.....	67
4.1. Diagnostyka preimplantacyjna i wybór zarodka.....	67

4.1.1. Inżynieria genetyczna.....	67
4.1.2. Nastawienie eugeniczne.....	69
4.1.3. Problemy i dylematy.....	71
4.2. Kwestie dotyczące ciąży mnogiej i embrioredukcji.....	73
4.3. Instytucja matki zastępczej.....	74
4.4. Nadliczbowe embriony.....	76
4.4.1. Eksperymenty na embrionach.....	77
4.4.2. Kriokonserwacja.....	77
4.5. Problemy związane z powinnościami lekarza.....	79
4.6. Kwestie futurologiczne.....	79

ROZDZIAŁ III

Charakterystyka wybranych stanowisk bioetycznych obecnych w dyskusji nad metodą in vitro

1. Bioetyka czy bioetyki?.....	82
1.1. Rys historyczny.....	83
1.2. Definicje bioetyki.....	86
1.3. Sposoby uprawiania bioetyki.....	90
1.3.1. Bioetyka – luźna refleksja etyczna czy samodzielna dyscyplina naukowa?.....	90
1.3.2. Bioetyka jako dyscyplina połowiczna.....	93
1.3.3. Nurty i modele bioetyki.....	96
2. Charakterystyka wybranych stanowisk bioetycznych.....	101
2.1. Klasyczne stanowiska obecne w dyskursie bioetycznym.....	101
2.1.1. Chrześcijański personalizm.....	101
2.1.2. Kantowska etyka obowiązku i nurt deontonomiczny.....	106
2.1.3. Uzasadnienie uutilitarystyczne.....	110
2.2. Współczesne stanowiska bioetyczne.....	114
2.2.1. Pryncypializm.....	114
2.2.2. Komunitaryzm.....	117
2.2.3. Kazuistyka.....	117
2.2.4. Feministyczna etyka opiekuńczości.....	118

2.2.5. Bioetyka kulturowa i etyka troski.....	120
3. Stanowiska bioetyczne w kontekście metody in vitro.....	122

ROZDZIAŁ IV

Argumenty formułowane w dyskusji nad metodą in vitro

1. Argumentacja za metodą in vitro.....	126
1.1. Prymat nauki i techniki w stosunku do człowieka.....	127
1.2. Argumentacja dotycząca embrionu ludzkiego.....	128
1.2.1. Kryteria człowieczeństwa.....	129
1.2.2. Korzyści badania genomu ludzkiego i eksperymentowania na embrionach.....	133
1.3. Inne argumenty za dopuszczalnością metody in vitro.....	135
1.3.1. Argument z embriologii.....	135
1.3.2. Argument ze zdrowia i praw reprodukcyjnych.....	136
1.3.3. Argument medyczny.....	137
1.3.4. Argument z dobra dziecka.....	138
1.3.5. Argument z dobra partnerów.....	139
1.3.6. Błąd naturalistyczny.....	139
2. Argumentacja przeciw metodzie in vitro.....	140
2.1. Prymat człowieka w stosunku do nauki i techniki.....	140
2.2. Embrion jest osobą.....	145
2.2.1. Kryteria człowieczeństwa.....	146
2.2.2. Zagrożenia związane z badaniem genomu ludzkiego i eksperymentami na embrionach.....	148
2.3. Argumenty wsparte na dokumentach Kościoła katolickiego...	150
2.3.1. Argument teologiczny.....	151
2.3.2. Argument z prawa naturalnego – godności małżeństwa.....	152
2.3.3. Argument z mowy ciała.....	153
2.3.4. Argument z godności dziecka.....	154
2.3.5. Argument ze skutków.....	155
2.3.6. Argument technologiczny.....	155

2.4. Inne argumenty przeciw dopuszczalności metody in vitro.....	156
2.4.1. Argument z trwałości tradycyjnej rodziny i dobra dziecka.....	156
2.4.2. Argument związany z koniecznością przededefiniowania pojęć bezpłodności, macierzyństwa i ojcostwa.....	158
2.4.3. Argument kulturowy.....	159
2.4.4. Argument z odpowiedzialności za przyszłe pokolenia.....	160
2.5. Zasady etyczne przywoływane przeciw metodzie in vitro.....	160
2.5.1. Argument równi pochyłej.....	161
2.5.2. Argument z oceny moralnej ludzkiego działania – cel nie uświęca środków.....	162
2.5.3. Granice ryzyka.....	164
2.5.4. Zasada większego bezpieczeństwa w wątpliwej materii moralnej..	166
3. W stronę kompromisu.....	167
ZAKOŃCZENIE.....	171
BIBLIOGRAFIA.....	174

WSTĘP

W poznawaniu i opanowywaniu świata szczególne miejsce zajmuje filozofia, a zwłaszcza refleksja antropologiczna i etyczna. Rozważania dotyczące sensu istnienia, przeznaczenia człowieka, wartości życia, śmierci itd. oraz etyczne oceny ludzkiego działania obejmują także wszelkie osiągnięcia nauki i techniki, sposoby ich wykorzystywania, ich wpływ na życie jednostek i społeczeństw.

Ostatnie dziesięciolecia można nazwać „złotym okresem” w rozwoju medycyny. Tezę tę potwierdza choćby odkrycie struktury DNA, opracowanie nowych metod leczenia, rozwój farmakologii, transplantologii, neuronauk, wykorzystanie skomplikowanych urządzeń, możliwość monitorowania pracy poszczególnych narządów, podtrzymywania życia itp.

Ważnym składnikiem rozwoju medycyny jest medycyna rozrodu. Celem wykorzystywanych przez nią technik jest pomoc osobom dotkniętym różnym stopniem niepłodności w uzyskaniu upragnionego potomstwa. Do technik tych należy metoda sztucznego, pozaustrojowego zapłodnienia in vitro. Od 1978 roku, kiedy to metoda ta została po raz pierwszy zastosowana z pozytywnym skutkiem, przyszło dzięki niej na świat ponad 4 miliony dzieci, w tym kilkadziesiąt tysięcy w Polsce. W ubiegłym roku doczekała się ona swego uhonorowania w postaci

Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii, którą 4 października otrzymał Robert Edwards, twórca metody in vitro.

Metoda zapłodnienia pozaustrojowego jest stosowana coraz częściej, co jest powodowane zarówno nasilającym się zjawiskiem niepłodności, jak i rozwojem technik związanych z metodą in vitro. Jednocześnie metoda ta jest przedmiotem wielu dyskusji i sporów. Debaty te odbywają się w różnych środowiskach: naukowych, politycznych, religijnych, związanych z szeroko rozumianymi mediami itp. Bardzo często w dyskusjach tych pojawiają się argumenty nieracjonalne (formułowane i przez zwolenników, i przeciwników tej techniki wspomaganego rozrodu), argumenty nie oparte na wiedzy, a nawet wykorzystujące niewiedzę, argumenty odwołujące się do emocji, modnych opinii itp., zamiast argumentacji rzeczowej, opartej na wiedzy medycznej, normach prawa oraz ustaleniach filozoficznych i etycznych. Dlatego zasadne jest podjęcie próby systematycznej prezentacji problemów związanych ze stosowaniem metody in vitro oraz argumentów, jakie w debacie nad tymi problemami są przytaczane. Problemy oraz argumenty te są formułowane w ramach różnych stanowisk bioetycznych. Warto zatem także przedstawić porównawczo wybrane stanowiska obecne w bioetycznej debacie nad metodą in vitro.

Za podjęciem tematu wskazanego tytułem rozprawy przemawia także fakt, że w literaturze przedmiotu nie ma publikacji w całości poświęconych filozoficznej i etycznej analizie i ocenie metody in vitro, a nawet opracowań zestawiających poglądy przedstawicieli różnych stanowisk bioetycznych na ten temat. Opublikowane w Polsce prace poświęcone filozoficznej i etycznej refleksji nad tym zagadnieniem są oparte głównie o etykę personalistyczną, odrzucającą, zgodnie ze swymi założeniami, metody sztucznego zapłodnienia. Przykładem może być, wydana w 2010 roku praca Jerzego Katolo, zatytułowana *Contra in vitro*¹, uznawana za najpełniejszą i najbardziej aktualną pozycję dotyczącą problematyki in vitro, w której autor podejmuje refleksję nad metodami sztucznej prokreacji z punktu widzenia nauki Kościoła katolickiego. Podobne ujęcie zawiera książka Łukasza Szymańskiego *In vitro. Życie za życie*².

¹ J. Katolo: *Contra in vitro*. Warszawa 2010.

² Ł. Szymański: *In vitro. Życie za życie*. Kraków 2009.

Najczęściej jednak metoda *in vitro* jest omawiana w kontekście różnych problemów podejmowanych przez bioetykę (np. wartość życia, aborcja, antykoncepcja, eutanazja, homoseksualizm, eugenika itp.). Takie jej ujęcie znaleźć można w pracach Tadeusza Ślipki, Danuty Ślęczek-Czakon, Barbary Chyrowicz, Tadeusza Biesagi, Pawła Czarneckiego, Zdzisławy Piątek, Magdaleny Szymańskiej, Lesława Niebroja, Robina Bakera, Anny Nawrockiej, Józefa Jaronia i wielu innych³. Zagadnienia związane z metodą *in vitro* są podjęte także w opracowaniach zbiorowych pod redakcją: Zbigniewa Szawarskiego, Anny Alichniewicz i Anny Szczęsnej, Andrzeja Kobylińskiego, Tadeusza Biesagi, Janusza Gadzinowskiego, Leszka Pawelczyka, Janusza Wiśniewskiego⁴.

Zagadnienie sztucznego zapłodnienia obecne jest także w podręcznikach z bioetyki. Przykładem są podręczniki autorstwa Bernarda Gereta, Charlesa M. Culvera i Danner K. Clouera, Kazimierza Szewczyka, Bena Mephama⁵. Swoje miejsce tematyka ta znajduje także w pozycjach encyklopedycznych, np. w *Encyklopedii Bioetyki* pod redakcją Andrzeja Muszali⁶. Poza tym o metodzie i technikach *in vitro* traktują liczne artykuły, zamieszczone w czasopismach i na stronach internetowych⁷. Prezentują one jednak wiedzę cząstkową, obejmującą kwestie medyczne, prawne, psychologiczne albo etyczne.

³ T. Ślipko: *Bioetyka. Najważniejsze problemy*. Kraków 2009; Tenże: *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Kraków 1994; D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*. Katowice 2004; B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*. Lublin 2000; T. Biesaga: *Elementy etyki lekarskiej*. Kraków 2006; P. Czarnecki: *Dylematy etyczne współczesności*. Warszawa 2008; Z. Piątek: *O śmierci, seksie i metodzie zapłodnienia in vitro*. Kraków 2009; M. Szymańska: *Bioetyka początków życia*. Białystok 2004; L. Niebrój: *U początków ludzkiego życia*. Kraków 1997; R. Baker: *Seks w przyszłości. Spotkanie pierwotnych popędów z technologią jutra*. Poznań 2002; A. Nawrocka: *W poszukiwaniu podstaw i zasad bioetyki*. Katowice 2001; J. Jaroń: *Bioetyka. Wybrane zagadnienia*. Warszawa 1999.

⁴ *W kręgu życia i śmierci: moralne problemy medycyny współczesnej*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987; *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001; *Dylematy bioetyki*. Red. A. Kobyliński. Płock 2004; *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesaga. Kraków 2001; *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*. Red. J. Gadzinowski, L. Pawelczyk, J. Wiśniewski. Poznań 2003.

⁵ B. Geret, C. M. Culver, K. D. Clouser: *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*. Gdańsk 2010; K. Szewczyk: *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. T.1. Warszawa 2009; Tenże: *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. T.2. Warszawa 2009; B. Mephama: *Bioetyka. Wprowadzenie dla studentów nauk biologicznych*. Warszawa 2008.

⁶ *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.

⁷ Między innymi: B. Chyrowicz, Z. Szawarskiego, T. Biesagi, A. Muszali, K. Szewczyka, A. Przykulskiej-Fiszera, A. Bielaka, M. Boratyńskiej, G. Chmielewskiego, Ł. Dubieleckiego, D. Grochowskiego, M. Szamatowicza, J. Haberkona itd.

Taki stan badań uzasadnia podjęcie w jednym opracowaniu problematyki wskazanej tytułem rozprawy. Obok tego uzasadnienia obiektywnego, na wybór tematu pracy miały także wpływ zainteresowania autora, tj. chęć poznania metody *in vitro* i jej etycznego wymiaru oraz wypracowanie własnego stanowiska w tej sprawie.

Głównym celem pracy jest zatem rozpoznanie, zrekonstruowanie lub uściślenie istotnych dla opisu i oceny metody *in vitro* problemów oraz argumentów filozoficznych i etycznych, a także analiza porównawcza rozwiązań zaproponowanych w tej dziedzinie w wybranych koncepcjach bioetycznych. Zadaniem dodatkowym jest ocena argumentów i proponowanych rozwiązań oraz zarysowanie rozstrzygnięć, które autor uznaje za trafne. W rozważaniach przeważają więc analizy – poszczególnych argumentów i koncepcji oraz analizy porównawcze – uzupełnione metodami syntetyzującymi zwłaszcza w częściach podsumowujących oraz przy wyciąganiu uogólnionych wniosków.

W pracy tak ukierunkowanej niezbędne jest uwzględnienie medycznej charakterystyki metody *in vitro*. Dyskusja bowiem, a tym bardziej etyczna ocena zagadnień związanych ze wspomaganiem rozrodu, winna być oparta o rzeczowe i możliwie ściśle sformułowane argumenty. Dlatego też celem pierwszej części pracy będzie przedstawienie metody *in vitro* od strony medycznej (historia powstania, jej odmiany i etapy) oraz jej szerszego kontekstu, na który składa się przede wszystkim charakterystyka niepłodności oraz alternatywnych do metody *in vitro* sposobów leczenia bezpłodności, wśród nich metody *in vivo* (inseminacje, przenoszenie gamet) oraz naprotechnologii (wspartej na ustaleniach embriologii i zalecanej przez przedstawicieli Kościoła katolickiego). W szeroki kontekst stosowania wspomaganej prokreacji wpisują się także takie zagadnienia, jak: wpływ technik *in vitro* na ciążę, zagadnienia psychologiczne związane z procesem leczenia tymi technikami oraz sygnalizowane w literaturze przedmiotu perspektywy rozwoju tych metod w przyszłości.

W drugiej części pracy, na podstawie ustaleń dotyczących medycznej strony metody *in vitro*, zostaną wyodrębnione problemy i dylematy związane z jej stosowaniem. Prezentacja ta jest jednak poprzedzona omówieniem zastanej sytuacji terminologicznej i dotychczasowych prób jej uściślenia (zwłaszcza dotyczy to takich pojęć, jak dylemat, problem, konflikt) oraz wskazaniem pojęć i rozróżnień przyjętych w pracy. Po tych uściśleniach zostaną przedstawione problemy i dylematy

właściwe dla podstawowych odmian metody in vitro, tj. homologicznego i heterologicznego, oraz wspólne dla obu tych odmian – związane z diagnostyką preimplantacyjną, wyborem zarodka, inżynierią genetyczną, tendencjami eugenicznymi, kwestią ciąży mnogiej i embrioredukcji, losem nadliczbowych embrionów, instytucją matki zastępczej, powinnościami lekarza i możliwościami rysującymi się w przyszłości.

Propozycje rozwiązywania związanych z in vitro problemów i dylematów zależą od przyjmowanej teorii etycznej. Dlatego też w rozdziale trzecim zaprezentowane zostaną założenia i implikacje klasycznych stanowisk obecnych w debacie bioetycznej (uzasadnienia personalistyczne, deontonomiczne i utilitarystyczne) oraz wybranych współczesnych stanowisk bioetycznych (m.in. pryncypializmu, komunitaryzmu, kazuistyki, feministycznej etyki opiekuńczości, bioetyki kulturowej i etyki troski). Charakterystykę tych stanowisk poprzedzać będą ustalenia dotyczące rozumienia bioetyki: przedstawione zostaną warunki i etapy jej powstania, próby definiowania i wyznaczania jej przedmiotu badań oraz sposoby uprawiania. Analiza założeń i implikacji uwzględnionych w rozważaniach stanowisk bioetycznych da podstawę dla ich klasyfikacji, a także dla uzasadnienia stanowiska autora na temat metody in vitro.

W ostatnim, kluczowym dla rozważań rozdziale pracy, zostaną zebrane i przedstawione argumenty filozoficzne, medyczne, psychologiczne, prawne itp., formułowane przez zwolenników i przeciwników metod sztucznej prokreacji. Do argumentów za in vitro należą: przyznawanie pierwszeństwa nauce i technice; argumentacja dotycząca statusu embrionu ludzkiego (kryteria człowieczeństwa, korzyści badania genomu, argumenty za eksperymentami na embrionach); oraz inne, odwołujące się do danych embriologii, zdrowia i praw reprodukcyjnych, danych medycznych, dobra dziecka i partnerów, błędu naturalistycznego. Z kolei przeciw tej metodzie sztucznej prokreacji są formułowane argumenty: z prymatu człowieka w stosunku do nauki i techniki; argumentacja dotycząca embrionu ludzkiego (zbudowana na przekonaniu, że embriion ludzki jest pełnoprawną osobą, przedstawiająca zagrożenia związane z badaniem genomu ludzkiego oraz skutki eksperymentów na embrionach); argumenty formułowane w dokumentach Kościoła katolickiego (teologiczny, odwołujący się do prawa naturalnego i godności małżeństwa, mowy ciała, godności dziecka, skutków, technologii); argument z trwałości tradycyjnej rodziny i dobra dziecka, związany z koniecznością

przedefiniowania pojęć takich, jak bezpłodność, macierzyństwo i ojcostwo, kulturowy, kładący nacisk na odpowiedzialność za przyszłe pokolenia; a także zasady etyczne (argument równi pochyłej, oceny moralnej ludzkiego działania odwołujący się do zasady *cel nie uświęca środków*, granic ryzyka i większego bezpieczeństwa w wątpliwej materii moralnej). Prezentację argumentów formułowanych w dyskusji nad metodą *in vitro* zamyka próba ich oceny i sformułowania porównawczych wniosków.

Tak ukierunkowana praca wpisuje się w ogólną debatę obejmującą filozoficzną i etyczną refleksję nad metodami sztucznej prokreacji. Stanowić może pomoc dla studentów oraz pracowników medycznych, dla osób podejmujących dyskusję i decyzję w tej dziedzinie, a zwłaszcza odpowiedzialnych za kształtowanie opinii i stanowienie prawa. Może też być pomocną dla każdego człowieka, który poszukuje uzasadnień moralnych dla swojego działania, podstaw dla oceny działań innych i zasad korzystania ze zdobyczy współczesnej medycyny rozrodu.

Pragnę serdecznie podziękować wszystkim, którzy okazali mi pomoc w przygotowaniu tej pracy.

ROZDZIAŁ I

Metoda in vitro w kontekście niepłodności i sposobów jej przewycięzania

Dyskusja nad metodą in vitro nie może być oderwana od wiedzy o jej etapach, dostępnych technikach oraz o sytuacjach, w których metoda ta jest stosowana. Powinna ona także uwzględniać szerszy kontekst tej metody, tj. zjawisko niepłodności oraz różne sposoby jej przewycięzania – ujęte w kontekście ustaleń embriologii. Rozeznanie w samej metodzie in vitro i obszarze jej stosowania sprzyja odsunięciu w rzetelnej nad nią dyskusji emocji i nastawień nieracjonalnych, tak często obecnych w rozmowach na temat wspomagania rozrodu. Dlatego w tym rozdziale zostaną opisane etapy i techniki metody in vitro oraz zjawiska i kwestie ściśle związane z jej stosowaniem, tj. macierzyństwo zastępcze, wpływ technik wspomagania rozrodu na ciążę, a także zagadnienia psychologiczne związane z leczeniem niepłodności tymi technikami oraz perspektywy rozwijania tej metody.

1. Zjawisko niepłodności

O niepłodności lub bezpłodności mówi się wówczas, gdy przynajmniej po roku regularnego współżycia bez stosowania antykoncepcji nie dochodzi do zapłodnienia⁸. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niepłodność jest chorobą społeczną, która w ciągu ostatnich lat zaczęła obejmować coraz większą liczbę osób i par małżeńskich, wymagających w tym względzie fachowej pomocy i leczenia⁹. Zgodnie z wynikami różnych badań, zjawisko bezpłodności obejmuje od 10 do 20% par żyjących na świecie. Liczba ta wzrasta co roku o około 2 mln nowych przypadków. Także w Polsce niepłodność jest coraz częstsza, szacuje się bowiem, że nawet 15% związków wymaga różnego rodzaju pomocy medycznej, aby mieć potomstwo, i dla wielu jedynym sposobem jest metoda in vitro¹⁰.

Znanych jest wiele przyczyn zjawiska bezpłodności: biologicznych, społecznych, ekonomicznych, religijnych, a także ekologicznych. Wskazuje się np. takie czynniki, jak rosnąca ilość zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową, częstsze zmiany partnerów seksualnych oraz coraz wcześniejszą inicjację seksualną młodzieży¹¹. Znaczący wpływ na rejestrowany przyrost przypadków bezpłodności ma także coraz większa wiedza na temat własnej kondycji zdrowotnej oraz coraz łatwiejsze pokonywanie bariery wstydu, co sprawia, że pary dotknięte bezpłodnością szybciej zgłaszają się do lekarza i podejmują leczenie¹². Nie bez wpływu na ilość osób dotkniętych zjawiskiem niepłodności ma także styl życia, a w nim podejście do pracy zawodowej, czas poświęcony na odpoczynek i rekreację. Ważną rolę odgrywa

⁸ Por. M. Szymańska: *Bioetyka...*, s. 58.

⁹ Por. L. Pawelczyk, A. Sokalska: *Medyczne aspekty niepłodności oraz technik wspomaganego rozrodu*. W: *Dawanie życia...*, s. 11. Jak zauważa P. Czarnecki „zdefiniowanie niepłodności jako choroby budzić może pewne wątpliwości (a tym bardziej sformułowanie „choroba społeczna”). Wydaje się jednak, że celem owej definicji było stworzenie formalnej podstawy pozwalającej na traktowanie procedur medycznych związanych z zapłodnieniem in vitro na równi z innymi procedurami medycznymi, a więc np. finansowanie ich z budżetu państwa. Tym samym Światowa Organizacja Zdrowia opowiedziała się za pierwszeństwem prawa do posiadania potomstwa wobec prawa zapłodnionego zarodka ludzkiego do rozwinięcia się w dojrzałą istotę ludzką” (P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 87).

¹⁰ Por. tamże; zob. także: L. Śliwa: *Wpływ leczenia niepłodności techniką rozrodu wspomaganego na zdrowotność populacji ludzkiej*. „Nowa Medycyna” 2008, nr 1, s. 11; G. Chmielewski: *Leczenie niepłodności – gdy zawiedzie farmakologia: techniki wspomaganego rozrodu*. <http://www.ginekolog.pl/mod/archiwum/6979>, z dn. 25.04.2010; D. Grochowski: *Kontrolowana hiperstymulacja jajników w programie pozaustrojowego zapłodnienia. Wyniki oraz prewencja powikłań. Streszczenie rozprawy habilitacyjnej*. „Ginekologia Polska” 2000, nr 71, s. 1293-1296.

¹¹ Por. J. Radwan: *Epidemiologia i psychologiczny aspekt niepłodności*. W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005, s. 5; zob. także: T. Pisarski, M. Szamatowicz: *Niepłodność*. Warszawa 1997.

¹² Por. tamże.

sposób odżywiania, używania alkoholu, nikotyny, narkotyków czy innych używek, a także nadużywanie różnego rodzaju medykamentów, łatwo dziś dostępnych, często używanych bezmyślnie, bez uzasadnionych wskazań medycznych¹³.

Te oraz inne czynniki mogą dotyczyć zarówno obojga, jak i jednego z partnerów, co dodatkowo utrudnia diagnozę. Dlatego często trudno jest dokładnie określić przyczyny niepłodności, a co za tym idzie, jasno nazwać rodzaj choroby. Dla potrzeb dydaktycznych i praktycznych określono wprawdzie wiele kategorii niepłodności, ale – co podkreślają badacze tego zjawiska – rzeczywiste przypadki są zwykle o wiele bardziej skomplikowane niż kategorie przewidziane w systematyzujących ten obszar podziałach¹⁴.

Zjawisko niepłodności posiada także bardzo istotny aspekt psychologiczny. Gdy bowiem brak potomstwa nie jest wolnym wyborem jednostki, staje się dramatem, który niejednokrotnie bywa nie do zniesienia. Ludzie, a zwłaszcza osoby żyjące w związku małżeńskim, żywią wszak pragnienie posiadania dziecka, któremu przekazuje się życie, wychowanie, tradycję, które przygotowuje się do samodzielnego życia, stanowiącego w jakimś wymiarze kontynuację życia rodziców. Brak potomstwa, zwłaszcza po długim i uporczywym procesie leczenia, może stać się źródłem wielu frustracji o charakterze społecznym, psychicznym czy (jak powie uogólniająco filozof) egzystencjalnym. Często bowiem małżeństwo, które nie posiada dzieci, może być potraktowane jako dysfunkcyjne, „nienormalne”, bezowocne z punktu widzenia społecznego. Taka sytuacja może zaważyć na rozwoju psychoseksualnym małżonków, na samoocenie i poczuciu własnej wartości. Może wpływać na relację między nimi, na ich związki z rodziną i szerszym otoczeniem¹⁵. Dochodzić może ponadto gorycz porażki, przeżywanej wspólnie, przez obojga partnerów, jak i indywidualnie, nieraz bardzo odmiennie przez kobietę i mężczyznę. Kobieta nigdy nie doświadczy, co to znaczy być matką, mężczyzna nie doświadczy, co to być ojcem, a razem nie doświadczą bycia rodzicami, zatroskanymi o przyszłość swoich dzieci. Kobieta niepłodna będzie bardzo często czuła się nieakceptowaną społecznie, co może skutkować wewnętrznym niepokojem, lękiem, rozpaczą, poczuciem winy i krzywdy. To z kolei odbija się na stosunku do partnera i może prowadzić z jednej strony do zaburzeń seksualnych, niechęci do współżycia, zaś

¹³ Por. L. Pawelczyk, A. Sokalska: *Medyczne aspekty...*, s. 12-13.

¹⁴ Por. tamże, s. 14.

¹⁵ Por. J. Radwan: *Epidemiologia...*, s. 7-8.

z drugiej do nadmiernej koncentracji na problemie, wręcz szaleńczego szukania okazji, by do zapłodnienia mogło dojść. U kobiety niepełnej narasta także wewnętrzna obawa o trwałość związku, o uczucie partnera. Nie czerpie ona także pełnej satysfakcji z życia i często zaczyna tracić jego sens. Mężczyzna niepełny natomiast niejednokrotnie jako cel stawia sobie zachowanie tajemnicy, zwłaszcza przed rodziną, a w niej głównie przed własnym ojcem. Nie chce, by wyszło na jaw, iż jest on nieproduktywny, nie może dobrze wykonać swojego zadania. Ma kompleks wobec ojca, który spełnił się jako głowa rodziny i ten, który spłodził potomstwo. Mężczyzna niepełny wykazuje także wzmożoną aktywność, zwłaszcza zawodową, ale także społeczną, chcąc w ten sposób nadrobić braki, spełnić swą rolę ojca, opiekuna. Pojawia się także często wzmożona aktywność seksualna, ale pozamałżeńska, co często skutkuje rozpadem związku¹⁶.

Wyniki badań w tej dziedzinie potwierdzają, że niepełność jest dramatem dotyczącym zarówno kobietę, jak i mężczyznę. Dolegliwość ta odbija się na całym życiu osób nią dotkniętych, w znacznej mierze wpływa na relacje rodzinne i społeczne. Dlatego są potrzebne i są podejmowane różne działania w celu jej pokonania.

2. Alternatywne do metody *in vitro* sposoby leczenia niepełności

Odpowiadając na dramat bezpłodności medycyna wypracowała wiele sposobów jej przezwycięzania. Wszystkie metody wspierania poczęcia dziecka przez pary dotknięte różnego rodzaju stopniem niepełności określa się jednym wspólnym terminem (wprowadzonym w latach 70. XX wieku) – **techniki wspomaganego rozrodu** (ART = *Assisted Reproductive Technics*)¹⁷. Celem tych metod jest pokonanie przeszkód uniemożliwiających lub utrudniających zapłodnienie bądź zagnieżdzenie się zapłodnionej komórki jajowej w jamie macicy w warunkach naturalnych oraz doprowadzenie do powstania ciąży¹⁸. Wśród tych metod wyróżnia się grupę technik ***in vivo***. Termin ten odnosi się do czegoś, co ma miejsce wewnątrz żywego organizmu – w ustroju żywym (*in vivo* – „na żywo”). W tym przypadku

¹⁶ Por. tamże, s. 10.

¹⁷ Por. M. Szymańska: *Bioetyka...*, s. 58.

¹⁸ Por. Z. Polska: *Techniki wspomaganego rozrodu – informacje dla pacjentek*. [http: www.fozik.pl/artykuly/534/1/techniki-wspomaganego-rozrodu---informacje-dla-pacjentek](http://www.fozik.pl/artykuly/534/1/techniki-wspomaganego-rozrodu---informacje-dla-pacjentek), z dn. 17.05.2010.

mówi się więc o sztucznym zapłodnieniu wewnątrzustrojowym. Inną grupą technik wspomaganego rozrodu są metody **in vitro**. Termin ten odnosi się do czegoś, co ma miejsce na zewnątrz organizmu – poza ustrojem żywym (*in vitro* – „w szkłe”). W tym przypadku mówi się więc o sztucznym zapłodnieniu pozaustrojowym¹⁹.

Omawiając techniki wspomaganego rozrodu warto także wspomnieć o coraz bardziej popularnej w Polsce metodzie zwanej **naprotechnologią**. Metoda ta, choć kwestionowana przez niektórych autorów zajmujących się niepłodnością i jej przewyciężaniem, staje się alternatywą dla par dotkniętych niemożnością posiadania potomstwa²⁰.

2.1. Metody in vivo

Metody in vivo wyróżnia to, że połączenie gamet dokonuje się wewnątrz organizmu matki, a nie w warunkach laboratoryjnych. Mają one za cel umożliwić spotkanie się komórki jajowej z plemnikiem i w ten sposób doprowadzić do zapłodnienia. Do grupy tej zalicza się przede wszystkim wszelkiego rodzaju inseminacje oraz przenoszenie gamet.

2.1.1. Inseminacje

Jednym z rodzajów sztucznego zapłodnienia wewnątrzustrojowego są stosowane od dawna **inseminacje** (sztuczne unasienienie). Definiuje się je jako wprowadzenie nasienia męskiego lub jego elementów do dróg rodnych kobiety. Czynności te dokonuje się najczęściej przy pomocy lekarza, ale może ich dokonywać także sama kobieta lub z pomocą swojego partnera. Jednak ten drugi sposób inseminacji wymaga gruntownego przygotowania²¹.

Pierwszej udokumentowanej inseminacji homologicznej dokonał w 1793 roku sir Thomas Walpole w przypadku pary małżeńskiej z nieprzewyciężalną awersją seksualną, zaś do pierwszej inseminacji heterologicznej przyznał się

¹⁹ Por. A. Muszala: *Sztuczne zapłodnienie*. W: *Encyklopedia bioetyki...*, s. 535.

²⁰ Por. M. Szamatowicz: *Jeśli nie In vitro, to co? Na pewno nie naprotechnologia*. „Gazeta Wyborcza Białystok” 2009, nr 46, s. 2; Tenże: *Kościół popiera pseudonaukę przeciw In vitro*. „Gazeta Wyborcza Lublin” 2009, nr 75, s. 2.

²¹ Por. W. Wroński: *Aspekty psychologiczne i prawno-etyczne sztucznej inseminacji nasieniem dawcy*. W: *Zagadnienia etyczno-deontologiczne w położnictwie i ginekologii*. Red. T. Pisarski, M. Obara. Poznań 1984, s. 75-79.

oficjalnie jako pierwszy Pennecoat w Stanach Zjednoczonych²². Wśród wielu wskazań do tego sposobu leczenia można zaliczyć czynnik szyjkowy, gdy plemniki nie potrafią sforsować kanału szyjkowego z powodu nieprawidłowego, niepełnego śluzu lub jego braku. Innymi czynnikami są: czynnik męski (zmniejszona liczba i ruchliwość plemników), tzw. niepłodność idiomatyczna, czynnik immunologiczny (obecność przeciwciał w surowicy lub śluzie szyjkowym kobiety oraz płynie nasiennym lub surowicy krwi mężczyzny) oraz zaburzenia ejakulacji (spodzieństwo, zaburzenia neurologiczne lub psychologiczne)²³. Inseminacje mogą być wykonywane w cyklach naturalnych (spontanicznych) lub po stymulacji owulacji i monitorowaniu wzrostu pęcherzyków Graafa. Warunkiem ich wykonania jest prawidłowy stan anatomiczny macicy i przynajmniej jednego jajowodu²⁴. Skuteczność tej metody przewycięzania niepłodności jest szacowana, według różnych opracowań, od 5 do 20% na cykl²⁵.

Inseminacje można podzielić zasadniczo na dwie grupy. Ze względu na pochodzenie nasienia wyróżniamy inseminację homologiczną AIH (*artificial insemination of husband*), w której nasienie pochodzi od męża, oraz inseminację heterologiczną AID (*artificial insemination of donor*), kiedy to nasienie pochodzi od innego dawcy²⁶. Ze względu zaś na miejsce inseminacji wyróżniamy głównie inseminacje dopochwowe, doszyjkowe (ICI – *Intracervical Insemination*), domaciczne (IUI – *Intrauterine Insemination*), inseminację dootrzewnową (DIPI – *Direct Intraperitoneal Insemination*) oraz dojajowodową (FSP – *Fallopian Tube Sperm Perfusion*)²⁷.

Biorąc pod uwagę jeszcze inne kryteria, można wyróżnić inseminacje wykonywane ze względu na intencję: inseminacja planowana jako leczenie (z określonych wskazań) oraz inseminacja w trakcie postępowania diagnostycznego; oddzielna klasyfikacja uwzględnia przygotowanie nasienia: inseminacja nasieniem świeżym, inseminacja nasieniem świeżym spreparowanym, inseminacja nasieniem

²² Por. S. Horak: *Inseminacja – wskazania, metody i skuteczność*. „Ginekologia Praktyczna” 2004, nr 6, s. 41.

²³ Por. W. Kuczyński, J. Radwan: *Sztuczna inseminacja*. W: *Niepłodność...*, s. 83-87.

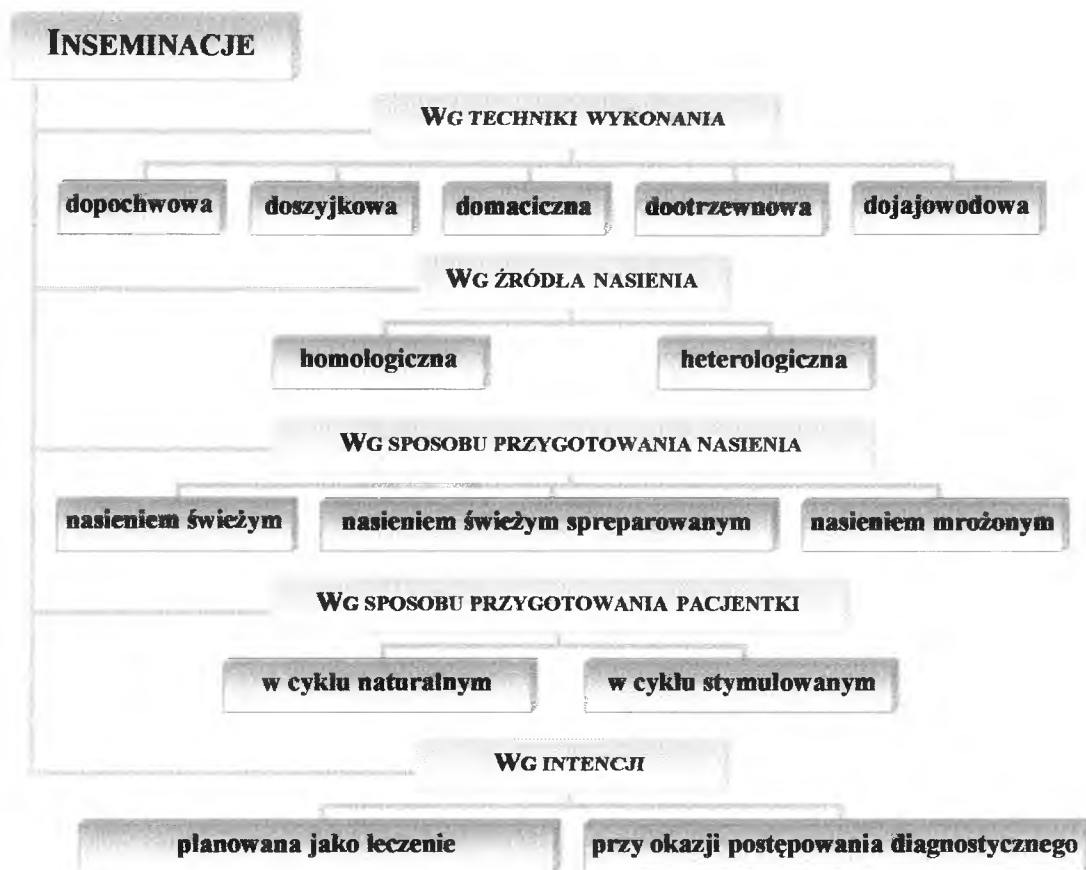
²⁴ Por. R. Banaszczyk: *Inne techniki rozrodu wspomagane w leczeniu niepłodności*. W: *Niepłodność...*, s. 119.

²⁵ Por. G. Chmielewski: *Leczenie niepłodności...*.

²⁶ Por. M. Szymańska: *Bioetyka...*, s. 58-59.

²⁷ Por. R. Banaszczyk: *Inne techniki...*, s. 119.

mrożonym²⁸. Propozycja całościowego podziału inseminacji została przedstawiona w poniższym schemacie.



Wykres 1. Klasyfikacja inseminacji (oprac. wł.)

2.1.2. Przenoszenie gamet

Do grupy metod in vivo można także zaliczyć **przenoszenie gamet** (oocytów i plemników). Wskazania medyczne do zastosowania tych zabiegów są podobne jak w inseminacji, zaś jej skuteczność wynosi od 13 do 20%²⁹. Warunkiem ich przeprowadzenia jest przynajmniej jeden funkcjonujący jajowód, a wykonuje się je po stymulacji jajczkowania w celu uzyskania więcej niż jednej komórki jajowej. Najczęściej stosowaną odmianą tych zabiegów jest dojajowodowe przenoszenie gamet (GIFT – *Gamete Intrafallopian Transfer*). Pobranie komórek jajowych

²⁸ Por. S. Horak: *Inseminacja...*, s. 45.

²⁹ Por. G. Chmielewski: *Leczenie niepłodności...*.

odbywa się laparoskopowo lub pod kontrolą USG. Kolejnym krokiem jest umieszczenie oocytów (2-4) i plemników w specjalnym kateterze (cewniku) i podanie ich do bańki jajowodu na głębokość 2-3 cm. Inną techniką przeprowadzania tych zabiegów jest przezmaciczne dojajowodowe przenoszenie gamet – TUFT (*Transuterine Follopian Transfer*). Różnica wobec GIFT polega na tym, że kateter z gametami wprowadza się do jajowodu od strony macicy pod kontrolą USG lub w histeroskopii. Trzecim sposobem przenoszenia gamet jest dootrzewnowe przenoszenie oocytów i plemników (POST – *Peritoneal Oocyte Sperm Transfer*). Zabieg ten ma identyczne etapy jak GIFT i TUFT, z tym, że pobrane oocyty i plemniki umieszcza się w zatoce Douglasa³⁰.



Wykres 2. Klasyfikacja przenoszenia gamet (oprac. wł.)

2.2. Naprotechnologia

Mniej znaną metodą stosowaną w leczeniu niepłodności jest naprotechnologia. Została ona pomyślana i wdrożona jako alternatywa dla metody in vitro oraz wszelkich innych sposobów sztucznego wspomagania rozrodu. Jej polska nazwa pochodzi od angielskiego terminu *NaProTECHNOLOGY* (*Natural Procreative Technology* – *Naturalna Technologia Rozrodcza*). „Jest ona rodzajem terapii, której zasadą jest rozpoznawanie i leczenie zaburzeń prokreacji bez

³⁰ Por. R. Banaszczyk: *Inne techniki...*, s. 119-120.

stosowania metod i środków niszczących naturalne jej mechanizmy”³¹. Głównym założeniem tej metody jest zatem odwołanie do naturalnego procesu rozrodu człowieka, danych dostarczanych przez embriologię, zajmującą się m. in. badaniem procesów rozwojowych organizmów obejmującym okres od zapłodnienia do opuszczenia organizmu matki w czasie porodu³².

Większość ssaków jest zdolna do reprodukcji tylko w określonym czasie, który nosi nazwę okresu godowego (płodnego). U ludzi gotowość do zapłodnienia następuje średnio co 28 dni i ma związek z cyklem miesięcznym u kobiety; mężczyzna ma stałą zdolność do reprodukcji. W czasie tego cyklu zachodzą zależne od hormonów zmiany czynnościowe i morfologiczne jajnika i błony śluzowej macicy. Za początek cyklu miesięcznego przyjmuje się pierwszy dzień krwawienia miesięcznego (miesiączki, menstruacji). Czas od 1. do 14. dnia to faza pęcherzykowata (folikularna), podczas której następuje wzrost pęcherzyków jajnikowych. W 14-stym dniu cyklu ma miejsce pęknięcie dojrzałego pęcherzyka i uwolnienie oocytu zwane owulacją (jajeczkowaniem). Od 14. do 28. dnia odbywa się faza lutealna (faza ciała żółtego). Ciało żółte wydzielające progesteron i estrogeny powoduje silne spulchnienie i przekrwienie błony śluzowej macicy, co ma stanowić przygotowanie do ewentualnego przyjęcia zapłodnionego jaja. Jeśli nie dojdzie do zapłodnienia, ciało żółte zanika, uruchamia się proces złuszczenia się przerosniętej błony śluzowej i rozpoczyna się menstruacja³³.

Do zapłodnienia, czyli połączenia się gamet męskiej i żeńskiej dochodzi zwykle w jajowodzie, w ciągu 24 godzin od owulacji. Po wnikięciu plemnika do cytoplazmy oocytu (komórki jajowej) powstaje **zygota**, wyposażona w pełny zestaw 46 chromosomów, tworzących 23 pary. Co istotne, po około 15-stu godzinach od wnikięcia plemnika następuje wytworzenie wrzeciona podziałowego, a po około 30-stu godzinach zachodzi podział zygoty na dwa blastomery. Na tym etapie możliwe jest rozdzielenie blastomerów, z których powstaną dwa genetycznie

³¹ M. Środoń: *Alternatywa dla In vitro. Naprotechnologia – kompleksowy sposób postępowania w leczeniu niepłodności w zgodzie z kobiecą fizjologią i godnością*. „Służba Życiu” 2008, nr 1, s. 20; zob. także: *Naprotechnologia w służbie życia*. „Nasz Dziennik” 2008, nr 21; *Naprotechnologia. Prawdziwa alternatywa dla zapłodnienia in vitro*. „Polonia Christiana” 2009, nr 7, s. 10-11.

³² Por. B.K. Gołąb, W.Z. Traczyk, M. Karasek: *Anatomia i fizjologia człowieka: podręcznik dla studentów farmacji*. Warszawa, 1986, s. 11; zob. także: H. Bartel: *Embriologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa 1995; Z. Bielańska-Osuchowska: *Embriologia*. Warszawa 1993.

³³ Por. E. Miętkiewski: *Zarys fizjologii lekarskiej. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa 1979, s. 23-28; C. Jura, J. Klag: *Podstawy embriologii zwierząt i człowieka*. Warszawa 2005; *Biologia. Repetytorium dla maturzystów i kandydatów na wyższe uczelnie*. Red. nauk. B. Rychlik. Warszawa 2005, s. 204-205.

identyczne zarodki (bliźnięta jednojajowe). Kolejne stadium rozwojowe to stadium **moruli**. Następuje ono po 3-4 dniach od zapłodnienia, w czasie których zarodek osiąga stadium 12-16 blastomerów. Gdy dobiega końca pierwszy tydzień życia zarodka, 32-komórkowa morula przemieszcza się z jajowodu do macicy, gdzie rozpoczyna się proces zagnieżdżenia (implantacji) – w 6-7 dniu po zapłodnieniu. W tym czasie morula przekształca się kolejno w **blastulę** i **gastrulę**. Całkowity proces zagnieżdżenia zostaje ukończony w 11.-13. dniu od rozpoczęcia procesu zapłodnienia. Zwrócić należy uwagę na fakt, że nie cały trzynastodniowy zarodek zamieni się w płód. Z tzw. smugi pierwotnej wykształci się bowiem i zarodek, i trofoblast, z którego następnie wykształci się łożysko. We wczesnych fazach podziału trudno przewidzieć, które z totipotencjalnych komórek rozwiną się w zarodek, a które w łożysko³⁴. W tym czasie może także, na podłożu totipotencjalności, nastąpić wytworzenie się z jednego zarodka dwóch, a niekiedy więcej nowych osobników. Może także nastąpić zespolenie się dwóch odrębnych zygot w jeden organizm³⁵.

Po zagnieżdżeniu się zarodka w ścianach macicy rozpoczyna się kolejne stadium, zwane **embrionalnym**. Przez kolejne tygodnie następuje rozwój poszczególnych narządów oraz części ciała. Po upływie około dwóch miesięcy embrion staje się w **płodem**, który z reguły po 9 miesiącach od zapłodnienia przychodzi na świat, jako w pełni do dalszego rozwoju dysponowany człowiek³⁶.

Podstawy i zasady naprotechnologii opracował prof. Thomas Hilgers z Nebraski w USA. Odwoływał się przy tym do badań dotyczących obserwacji płodności kobiet przeprowadzonych przez dra Johna Billingsa w Australii oraz prof. Erica Odeblada w Szwecji³⁷. Początkowo rozwijała się ona w Stanach Zjednoczonych, później zaczęła być stosowana w krajach Europy zachodniej oraz w Polsce. Naprotechnologia „jako kompleksowy sposób postępowania uwzględnia naturalne mechanizmy płodności, ich cykliczną fizjologię i zakłada, że diagnostyka i leczenie powinny być dostosowane indywidualnie do każdej kobiety, do jej zdrowia”³⁸. Wymaga ona ścisłej współpracy między partnerami oraz instruktorem i lekarzem. Bardzo istotnymi elementami pierwszego etapu tej metody są: codzienna,

³⁴ Por. Z. Piątek: *O śmierci...*, s. 51-52.

³⁵ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 88.

³⁶ Por. tamże.

³⁷ Por. M. Środoń: *Alternatywa dla In vitro...*, s. 21.

³⁸ Tamże, s. 20.

podczas trwania całego cyklu miesięczkowego obserwacja śluzu i samopoczucia, pomiary temperatury itd. Gdy nie dochodzi do poczęcia, w drugim etapie przewiduje się badania diagnostyczne, takie np., jak pomiary poziomu hormonów czy USG jajników. Ich wyniki koreluje się z obserwacjami cyklu miesięczkowego. W metodzie tej są także możliwe interwencje chirurgiczne mające na celu udrożnienie jajowodów lub usuwanie zrostów. Oprócz leczenia niepłodności naprotechnologia jest przydatna również przy problemie poronień nawykowych i ciąży zagrożonych. Przeciętna długość cyklu pełnej diagnostyki w naprotechnologii trwa 24 miesiące³⁹.

3. Metoda in vitro

Sztuczne zapłodnienie pozaustrojowe to jedna z metod objawowego leczenia bezpłodności. Jej celem jest pokonanie przeszkody uniemożliwiającej połączenie się plemnika z komórką jajową w naturalnym dla tego procesu miejscu, czyli jajowodzie. Metoda in vitro obejmuje zespół procedur prowadzących do uzyskania komórek płciowych męskich (plemników) oraz żeńskich (komórek jajowych) i doprowadzenia do zapłodnienia poza organizmem kobiety. Gdy zarodki są w odpowiedniej fazie rozwoju, następuje ich przeniesienie (transfer) do macicy kobiety, gdzie dochodzi do ich wszczepienia (implantacji) i rozpoczęcia ciąży⁴⁰.

3.1. Rys historyczny

Pierwsza próba sztucznego zapłodnienia ludzkiej komórki jajowej w warunkach laboratoryjnych, która jednak skończyła się niepowodzeniem, została przeprowadzona przez dra Johna Rocka z Harvardu w 1944 roku. Inną próbą, która również nie doczekała się szczęśliwego finału, było wyhodowanie zarodka dla małżonków Del Zio. Dzieła tego dokonał, w 1973 roku, dr Landrum Shettles z Uniwersytetu Columbia w Nowym Yorku. Pierwszym dzieckiem, które przyszło na świat po zastosowaniu metody in vitro, była Louise Brown, urodzona 25 lipca 1978 roku w Royal Hospital w Oldham k. Manchesteru. Tego przełomowego poczęcia

³⁹ Por. tamże, s. 21-22. Więcej informacji na stronie internetowej: www.NaProTechnology.pl.

⁴⁰ Por. Ł. Dubielecki: *Zapłodnienie In vitro i transfer embrionu*. <http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/6678>, z dn. 17.04.2010.

dziecka w warunkach laboratoryjnych i jego implantacji w organizmie matki dokonali dwaj angielscy uczeni: Robert G. Edwards i Patrick C. Steptoe. W ślad za tą próbą poszły inne kraje: w roku 1979 metoda *in vitro* została użyta w Australii, w 1982 we Francji, a rok później we Włoszech⁴¹.

Prekursorem sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego w Polsce był prof. Marian Szamatowicz. Pod jego kierunkiem 12 listopada 1987 roku, w Instytucie Ginekologii i Położnictwa w Białymstoku, przyszło na świat pierwsze w Polsce dziecko uzyskane metodą *in vitro*. Współcześnie w Polsce istnieje ok. 30 ośrodków (w tym 6 placówek państwowych) leczących niepłodność z wykorzystaniem omawianej metody⁴².

3.2. Odmiany metody *in vitro*

Poza klasycznym zapłodnieniem pozaustrojowym (**IVF-ET** – *In Vitro Fertilization, Embryo Transfer*, względnie **FIVET** – *Fertilizatio In Vitro and Embryo Transfer*), które polega na wyhodowaniu zarodków w warunkach laboratoryjnych i późniejszym ich transferze do jamy macicy, istnieją inne jego odmiany, m.in.: **PROST**, **ZIFT**, **TET** oraz **TV-TEST**. Główna i wspólna dla nich różnica względem metod klasycznych polega na tym, że zapłodnioną komórkę jajową lub embrion umieszcza się nie w macicy, a w jajowodzie.

W sztucznym zapłodnieniu **PROST** (*Promucleated Stage Transfer*) po 18 do 20 godz. hodowli następuje laparoskopowe przeniesienie zapłodnionej komórki jajowej do jajowodu od strony szyjki macicy. Metodą analogiczną do **PROST** jest **ZIFT** (*Zygote Intrafallopian Transfer*), polegająca na przeniesieniu zygoty do jajowodu przez jego ujście brzuszne, a trzeci sposób, **TET** (*Tubal Embryo Transfer*) – na przeniesieniu embrionu do jajowodu przez jego ujście brzuszne. Zabiegu tego dokonuje się po 48 godz. hodowli. Wspomnieć warto jeszcze o metodzie **TV-TEST** (*Trans Vaginal Tubal Embryo Stage Transfer*), analogicznej do **TET**, z tym że embriony przenosi się od strony szyjki macicy⁴³.

Odmianą „klasycznego” IVF jest także metoda **CIVET** (*Culture Intravaginal and Embryo Transfer*). „Różnica w tym przypadku polega na tym, że do hodowli

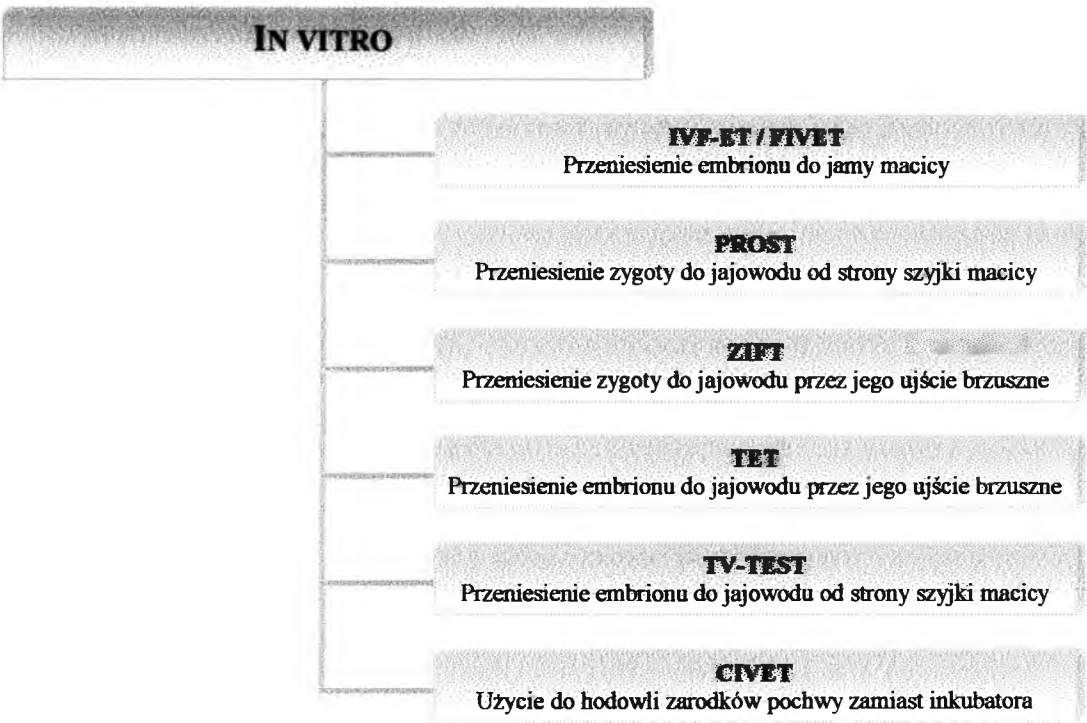
⁴¹ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 104.

⁴² Por. A. Muszała: *Sztuczne zapłodnienie...*, s. 534.

⁴³ Por. R. Banaszczyk: *Inne techniki...*, s. 120.

zarodków, zamiast inkubatora, używana jest pochwa. Gamety umieszcza się w specjalnych probówkach wypełnionych płynem, które następnie wkłada się pacjentce do pochwy na okres 48-50 godz. Po tym czasie w płynie szuka się zarodków, które następnie umieszcza się w jamie macicy w sposób typowy”⁴⁴.

Odmiany metody in vitro, wyróżnione ze względu na miejsce przenoszenia zapłodnionej komórki jajowej bądź embrionu, są zestawione w poniższym schemacie.



Wy k r e s 3 . Klasyfikacja odmian in vitro ze względu na miejsce transferu zygoty bądź embrionu (oprac. wł.)

Oddzielną grupę metod in vitro stanowią techniki wykorzystujące mikromanipulacje wspomagające. Stosuje się je wówczas, gdy plemnik nie może sam przedostać się przez osłonkę przejrzystą wokół komórki jajowej. W grupie tej wyróżnia się następujące metody główne: **PZD** (*Partial Zone Dissection*), polegająca na wykonaniu małego otworu w osłonce przejrzystej; **SUZI** (*Subzonal Insemination*), w której umieszcza się jeden lub kilka plemników między osłonką

⁴⁴ Tamże.

przejrzystą a błoną komórkową oocytu; oraz **ICSI** (*Intracytoplasmatic Sperm Injection*), gdzie pojedynczy plemnik zostaje wprowadzony bezpośrednio do cytoplazmy komórki jajowej⁴⁵.

Sztuczne zapłodnienie pozaustrojowe, tak samo jak metody *in vivo*, również dzieli się na homologiczne i heterologiczne. W **sztucznym zapłodnieniu pozaustrojowym homologicznym** gamety są pobierane od partnerów (małżonków) pragnących posiadać potomstwo, a w **sztucznym zapłodnieniu pozaustrojowym heterologicznym** gamety – jedna bądź obie – pochodzą od dawców.

3.3. Etapy *in vitro*

Metoda *in vitro* jako medyczna procedura leczenia niepłodności składa się z kilku zasadniczych etapów. Należą do nich: przygotowanie przyszłych rodziców, pobranie komórek rozrodczych, laboratoryjne połączenie gamet (sztuczne zapłodnienie), diagnostyka preimplantacyjna oraz transfer zarodka zakończony implantacją w drogach rodnych kobiety.

3.3.1. Przygotowanie przyszłych rodziców

Proces *in vitro* poprzedzony jest szeregiem spotkań, konsultacji, badań i innych procedur mających na celu przygotowanie przyszłych rodziców pod względem medycznym, a także psychologicznym⁴⁶. Jest to istotne, gdyż decyzja o posiadaniu potomstwa powinna być przemyślana, podjęta w sposób świadomy, dobrowolny i odpowiedzialny, tym bardziej, gdy konieczne jest skorzystanie z metod wspomaganego rozrodu. Dotyczy to zwłaszcza metody *in vitro*, składającej się z wielu procedur, nieraz bardzo uciążliwych, wymagających konsekwencji w działaniu, wzajemnej pomocy i wsparcia. Dlatego tak ważne jest, aby sam proces sztucznego zapłodnienia został poprzedzony poznaniem tego sposobu pokonywania niepłodności, wszystkich jego możliwych skutków, ewentualnych zagrożeń i powikłań.

⁴⁵ Por. A. Muszala: *Sztuczne zapłodnienie...*, s. 536.

⁴⁶ Por. P. Lewandowski: *Kwalifikacja i przygotowanie niepłodnych par do IVF*. W: *Niepłodność...*, s. 91.

Niezbędne jest także poddanie się wszelkim **badaniom** diagnozującym stan zdrowia psychicznego i fizycznego kobiety i mężczyzny. U kobiety powinien zostać potwierdzony prawidłowy stan bakteriologiczny pochwy i kanału szyjki macicy, przeprowadzona cytologia, wykluczona toksoplazmoza, wykonane szczepienie (3 miesiące przed terapią) przeciwko różyczce, jeśli jej nie przechodziła, sprawdzona morfologia i układ krzepnięcia, wykonane badanie ogólne moczu i badanie internistyczne, ustalona grupa krwi. Mężczyzna natomiast powinien mieć wykonane badanie ogólne nasienia i jego ocenę bakteriologiczną. Oboje partnerzy powinni przejść testy wykluczające choroby infekcyjne: HIV, HCV, HBs, WR (testy w kierunku AIDS, żółtaczki typu C, żółtaczki typu B, kiły)⁴⁷.

Istotne jest także wewnętrzne nastawienie przyszłych rodziców, które umożliwi odpowiednie zmierzenie się z presją otoczenia, zarówno osób najbliższych, rodziny, jak i społeczeństwa, które posiada różny stosunek do metody in vitro i innych sposobów leczenia bezpłodności. W tym celu często zaleca się **konsultację psychologa** i ewentualnie **psychoterapię** poprzedzającą sztuczne zapłodnienie⁴⁸.

W przypadku mężczyzny proces przygotowania do zabiegu in vitro jest mniej skomplikowany i ogranicza się do wspomnianych wyżej kwestii. Inaczej sprawa ma się z przyszłą matką. W procesie przygotowawczym, poza badaniami, najbardziej istotną rolę odgrywa **hormonalna stymulacja owulacji**. Polega ona na farmakologicznym powodowaniu wzrostu pęcherzyków Graffa, w celu uzyskania większej ilości dojrzałych komórek jajowych. W naturalnej owulacji organizm kobiety wytwarza jedną, najwyżej dwie komórki jajowe, zaś stymulacja hormonalna pozwala na uzyskanie od 6 do 8 komórek. W odniesieniu do zapłodnienia pozaustrojowego zwiększa to szansę na uzyskanie kilku zarodków i prawdopodobieństwo powstania ciąży⁴⁹. Stymulacja owulacji jest kluczowym etapem leczenia wielu form niepłodności. Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat odnotowano 15-krotny wzrost użycia w tym względzie cytrynianu kłomifenu oraz 200-krotny wzrost użycia gonadotropin⁵⁰.

⁴⁷ Por. tamże.

⁴⁸ Por. tamże.

⁴⁹ Por. M. Radwan: *Zapłodnienie pozaustrojowe*. W: *Niepłodność...*, s. 93.

⁵⁰ Por. D. Grochowski: *Zespół hiperstymulacji jajników (ZHJ)*. W: *Niepłodność...*, s. 133. Więcej wiadomości na temat leków używanych w procesie stymulacji jajników oraz samego jej przebiegu można znaleźć w następujących opracowaniach: S. Wolczyński: *Stymulacja owulacji*. W: *Niepłodność...*, s. 55-61; J. Radwan: *Stymulacja owulacji – uwagi praktyczne*. W: *Niepłodność...*, s. 79-81.

Najgroźniejszym powikłaniem towarzyszącym stymulacji owulacji jest **zespół hiperstymulacji jajników (ZHJ)**. Do tej pory poznano i udokumentowano liczne przypadki ZHJ. Jednak w dalszym ciągu sama geneza tego zespołu pozostaje zagadką. U podstaw komplikacji leży zwiększona przepuszczalność naczyń i ucieczka z nich bogatobiałkowego płynu. Przebieg zespołu hiperstymulacji jajników obejmuje cztery główne stadia. Zostały one wyszczególnione dzięki pracom Schenkera, Golana i Navota. Łagodny zespół występuje w 10-20% przypadków. Daje objawy biochemiczne lub uczucie napięcia i ciężkości w dole brzucha z towarzyszącym czasami bólem. Mogą wystąpić torbiele jajników. Średni stopień ZHJ charakteryzuje się zwiększonym dyskomfortem w jamie brzusznej, objawami żołądkowo-jelitowymi, przyborem masy ciała, wzrostem obwodu brzucha. Występuje także powiększenie jajników do 12 cm. W postaci ciężkiej oraz zagrażającej życiu stwierdza się torbiele jajników powyżej 12 cm, przemieszczenia płynów z koryta naczyniowego, hipowolemię, oligurię, hemokoncentrację, zaburzenia elektrolitowe. Rzadko mogą wystąpić: wstrząs hipowolemiczny, niewydolność nerek, zaburzenia funkcji wątroby, powikłania zakrzepowo-zatorowe, zaburzenia oddychania i krążenia, włącznie z zatrzymaniem akcji serca. Ciężki zespół hiperstymulacji jajników występuje w 0,6-5% przypadków. Powikłania te są znacznie częstsze w sytuacji, gdy doszło do powstania ciąży, a ich przebieg kliniczny wydłuża się⁵¹.

Ponieważ nie są znane do końca przyczyny ZHJ, leczenie ma charakter objawowy. W zależności od stopnia ciężkości wymagana jest hospitalizacja, czasami interwencja chirurgiczna, a w skrajnych przypadkach może nastąpić przerwanie ciąży⁵². Pomimo możliwości stosowania rozwiązań medycznych pozwalających na obniżenie częstotliwości i ciężkości przebiegu ZHJ, groźba jego wystąpienia istnieje w każdym przypadku. Wśród czynników ryzyka należy wymienić m. in. młody wiek pacjentki i ciążę. Obok ryzyka związanego z wystąpieniem ZHJ, w ocenie stosowania terapii hormonalnej uwzględnia się również prawdopodobieństwo wystąpienia raka jajnika⁵³.

⁵¹ Por. D. Grochowski: *Zespół hiperstymulacji...*, s. 134.

⁵² Por. tamże, s. 135.

⁵³ Por. R. Baker: *Seks w przyszłości...*, s. 103.

3.3.2. Pobranie komórek

Po przygotowaniu pacjentów, kolejnym etapem metody in vitro jest pobranie komórek rozrodczych. **Nasienie** potrzebne do wykonania zapłodnienia in vitro pozyskuje się poprzez masturbację, dokonywaną w oddzielnym pomieszczeniu, często z wykorzystaniem pornograficznych filmów lub czasopism⁵⁴. Oprócz masturbacji stosowane są i inne metody pozyskiwania nasienia. Należą do nich: stosowanie wibratora, stymulacja impulsami elektrycznymi gruczołu krokowego, otwarta biopsja, ewentualnie biopsja cienkoigłowa jądra lub najądrza. Ostatnie dwa sposoby są stosowane u pacjentów ze znacznymi zaburzeniami dotyczącymi ejakulacji, jakości spermy i obecności w niej plemników⁵⁵. Często stosowana jest krioprezerwacja, czyli zamrażanie nasienia. Jest to szczególnie użyteczne, gdy partner z różnych przyczyn (np. zawodowych – wyjazdy, delegacje) nie może uczestniczyć w całym procesie przygotowań do zapłodnienia⁵⁶.

Pomimo rozwoju medycyny rozrodu, pacjenci niezdolni do wytwarzania własnych gamet nie mogą mieć swojego potomstwa. Dla takich osób powstają **banki nasienia**⁵⁷. Dawstwo nasienia polega na wykorzystaniu nasienia innego mężczyzny do celów prokreacyjnych. Wiąże się z tym problem weryfikacji jakości nasienia oraz wyeliminowania zagrożeń chorobami zakaźnymi oraz przenoszonymi drogą płciową. Wypracowane są procedury chroniące biorczynie nasienia przed tymi zagrożeniami.

Dawcami mogą być mężczyźni do 35 roku życia, którzy mają swoje własne potomstwo, a ich nasienie wykazuje bardzo wysokie parametry. Dawcy przechodzą dogłębne badania laboratoryjne. Przeprowadzany jest też dokładny wywiad, nasienie badane jest z kilku różnych próbek (otrzymanych najczęściej na drodze masturbacji), po zakwalifikowaniu poddawane jest próbnemu zamrożeniu i sprawdzeniu jego

⁵⁴ Por. tamże, s. 101.

⁵⁵ Por. W. Kuczyński: *Mikroiniekcja plemnika do komórki jajowej (intracytoplasmic sperm injection – ICSI)*. W: *Niepłodność...*, s. 110. Por. G. Chmielewski: *Zapłodnienie pozaustrojowe – inżynieria biomedyczna ratunkiem dla prokreacji?* <http://www.ginekolog.pl/mod/archiwum/6980>, z dn. 16.04.2010.

⁵⁶ Por. W. Kuczyński, J. Radwan: *Sztuczna inseminacja...*, s. 87.

⁵⁷ Jeden z najśłynniejszych banków nasienia to bank spermy noblistów. Działał on z inicjatywy Roberta Grahama w latach 1980-1999. Dzieci powołane do życia z zasobów banku odznaczały się przeciętnie lepszymi wynikami w obszarze inteligencji, czy też sprawności fizycznej w stosunku do ogółu populacji, lecz kontrowersyjny eksperyment nie przyniósł spodziewanego efektu w postaci stworzenia nowej klasy ekstra ludzi, którzy mieliby zmieniać amerykańskie społeczeństwo. Por. D. Plotz: *Fabryka geniuszów. Niezwykła historia banku spermy noblistów*. Warszawa 2007.

jakości po rozmrożeniu. Nie zawsze bowiem nasienie dobrej jakości jest mało wrażliwe na zamrażanie.

Dla biorców nasienia istnieje możliwość doboru na podstawie kryterium grupy krwi, Rh, cech wyglądu zewnętrznego dawcy, a także cech intelektualnych, zawodowych i psychologicznych. W przypadku inseminacji istnieje możliwość selekcji plemników z męskim lub żeńskim chromosomem na etapie przygotowywania nasienia (skuteczność na poziomie 70-80%)⁵⁸. Wykorzystanie nasienia w formie inseminacji daje rezultaty podobne do naturalnych wskaźników ciąży (20-25%). Również podobne odsetki notuje się w odniesieniu do zapłodnienia pozaustrojowego. Wyniki badań wskazują, że nasienie mrożone zmniejsza ryzyko poronień⁵⁹.

W przypadku zapłodnienia pozaustrojowego standardowym sposobem pozyskiwania **komórek jajowych** jest punkcja jajników. Może towarzyszyć temu procesowi małe ryzyko powikłań w postaci krwawienia ze sklepień pochwy, krwawienia z nakłutego jajnika, uszkodzenie naczyń biegnących w sąsiedztwie jajnika⁶⁰.

Dla wyeliminowania powikłań omówionego już zespołu hiperstymulacji jajników wprowadza się proces pozaustrojowego dojrzewania komórek jajowych (IVM – in vitro maturation). Pobieranie niedojrzałych komórek jajowych po lekkiej stymulacji sprawia, że skuteczność tej metody przy późniejszym zapłodnieniu pozaustrojowym sięga 38%. Komórki niedojrzałe mogą być pobierane przy różnych okazjach, np. podczas operacji ginekologicznych czy położniczych (np. cesarskie cięcie). Dzięki zamrażaniu niedojrzałych komórek jajowych można prowadzić **banki komórek** dla biorców autologicznych oraz heterologicznych⁶¹.

Ponieważ stosowanie banków komórek jajowych jest bardzo utrudnione, od kilkunastu lat stosuje się głównie pobieranie komórek bezpośrednio od dawczyń. Pierwsza ciąża powstała w wyniku przeniesienia obcego embrionu powstała w 1983 roku w zespole Trounsona z Australii. Ciąża zakończyła się jednak poronieniem. Również w 1983 roku w USA ekipa Bustera z sukcesem uzyskała dwie ciążę w ten sposób, że zapłodnienie dokonało się przy użyciu nasienia męża biorkownicy w ciele

⁵⁸ Por. W. Kuczyński, J. Radwan: *Sztuczna inseminacja...*, s. 87.

⁵⁹ Por. W. Kuczyński: *Bank nasienia*. W: *Niepłodność...*, s. 127-129.

⁶⁰ Por. M. Radwan: *Zapłodnienie pozaustrojowe...*, s. 96.

⁶¹ Por. D. Nogueria, R. Kurzawa: *Pozauustrojowe dojrzewanie komórek jajowych*. W: *Niepłodność...*, s. 123.

dawczyni. Następnie wyplukano zarodek z jamy macicy i przeniesiono go do macicy biorczyni. Po roku 1987 zaprzestano stosowania inseminacji w ciele dawczyni. Obecnie jedyną metodą jest pozaustrojowe zapłodnienie z wykorzystaniem komórki jajowej dawczyni.

Pochodzenie dawczyń w Polsce nie podlega żadnym regulacjom. Dlatego też procedury te są wzorowane na innych krajach Unii Europejskiej. Dawczynie mogą być rodzinne, poddające się same procedurom IVF, płatne. Wybór dawczyń podlega podobnym kryteriom, co wybór dawców nasienia, przy czym dawczynie powinna mieć poniżej 30 lat, z wyjątkiem, gdy jest ona siostrą biorczyni. Przed przeniesieniem zarodka musi nastąpić przygotowanie endometrium biorczyni i synchronizacja cyklu⁶².

Warto także wspomnieć, że na obecnym etapie rozwoju techniki medycznej jest już możliwe dokonywanie zapłodnienia komórki jajowej niedojrzałym plemnikiem (spermatydą). Jest to wykorzystywane w sytuacjach, gdy mężczyzna nie wytwarza dojrzałych plemników. Możliwe jest także wytwarzanie spermatyd ze spermatocytów, prowokując zjawisko mejozy. Spermatydy lub spermatocyty są pobierane z jąder⁶³. Sprawą czasu jest już możliwość pozyskiwania haploidalnych (ze zmniejszoną liczbą chromosomów) jąder komórkowych z każdej komórki organizmu.

W niedalekiej przyszłości będzie można także stosować tzw. „opcję szczurzą”, czyli przechowanie plemników, a w dalszej perspektywie także komórek jajowych ludzkich u gospodarza innego gatunku: myszy, szczura itp. Byłoby to najczęściej wykorzystywane w sytuacji nowotworów narządów płciowych i chemio oraz radioterapii. Odpowiednie fragmenty jąder czy jajników lub same spermatogonia i oocyty mogłyby przetrwać w organizmie zwierzęcia⁶⁴.

3.3.3. Laboratoryjne połączenie gamet (sztuczne zapłodnienie)

Gdy przygotowane są gamety męskie i żeńskie, następuje kolejny, zasadniczy etap procesu in vitro – laboratoryjne połączenie komórek jajowych i nasienia, czyli sztuczne zapłodnienie. W procesie inseminacji wyodrębnione z nasienia niektóre

⁶² Por. J. Radwan: *Dawczynie komórek jajowych*. W: *Niepłodność...*, s. 129-132.

⁶³ Por. R. Baker: *Seks w przyszłości...*, s. 148.

⁶⁴ Por. tamże, s. 172.

plemniki są dodawane do wcześniej wyselekcjonowanych komórek jajowych. Zapłodnienie następuje samoczynnie. Hodowla zarodków odbywa się w płytkach z dołkami lub w kroplach. Po 16-18 godzinach jest oceniana prawidłowość procesu zapłodnienia. Oocyty właściwie zapłodnione (mające 2 przedjądrza) są oddzielane od tych, w których proces występuje nieprawidłowo (np. zapłodnienie polispermiczne). Oocyty po selekcji są dalej hodowane przez 48 godzin. Dalsza ocena prawidłowości zarodków polega na zastosowaniu dwóch kryteriów: odpowiednia liczba i równomierność blastomerów (zarodki rozwijające się wolniej cechuje mniejszy odsetek implantacji) oraz stopień fragmentacji cytoplazmy⁶⁵.

Z uwagi na osłabioną możliwość zapłodnienia konwencjonalnego, zapłodnienia komórek dojrzewających poza ustrojem pacjentki (IVM) można także dokonywać techniką mikroiniekcji. Do roku 2005 urodziło się przeszło 300 noworodków po pozaustrojowym dojrzewaniu komórek jajowych. Odsetek wad rozwojowych jest porównywalny z metodą *in vitro* oraz techniką mikroiniekcji. Wskaźnik ciąż klinicznych wynosi 30-35%, a odsetek skutecznych implantacji 10-15%⁶⁶. Metoda IVM staje się coraz bardziej powszechna zwłaszcza w odniesieniu do par z dużym zagrożeniem zespołem nadmiernej stymulacji jajników.

Mikroiniekcja plemnika do komórki jajowej (ICSI – *Intracytoplasmic Sperm Injection*) polega na mikrochirurgicznym wprowadzeniu plemnika do wnętrza komórki jajowej⁶⁷. Proces odbywa się przy użyciu mikroskopu wyposażonego w specjalny układ optyczny – kontrast modulacyjny Hoffmana. Odpowiednie ułożenie komórki jajowej w trakcie zabiegu ma zapobiegać ewentualnemu uszkodzeniu wrzeczona kariokinetycznego oocytu. Jeśli chodzi o skuteczność mikroiniekcji, to ponad 90% oocytów nie wykazuje cech uszkodzenia struktur komórkowych. Ponad 60% komórek jajowych jest zapłodnionych prawidłowo. Całkowity brak zapłodnienia nie przekracza 3%.

Odsetek ciąż uzyskanych przy użyciu metody ICSI waha się w przedziale od 20 do 40% w przeliczeniu na cykl. Odsetek ciąż straconych i wad wrodzonych u dzieci uzyskanych za pomocą ICSI nie odbiega od naturalnego rozrodu. Zaleca się jednak szczególną ostrożność i ciągłe monitorowanie procesu wykonywania

⁶⁵ Por. M. Radwan: *Zapłodnienie pozaustrojowe...*, s. 104.

⁶⁶ Por. D. Nogueria, R. Kurzawa: *Pozaustrojowe dojrzewanie...*, s. 125; zob. także: T. Rokicki: *Dojrzewanie komórek jajowych w warunkach in vitro*. „Ginekologia po Dyplomie” 2008, nr 10, s. 23-27.

⁶⁷ Por. W. Kuczyński: *Mikroiniekcja...*, s. 109.

procedury mikroiniekcji plemnika do komórki jajowej i śledzenie losów ciąży i zdrowia urodzonych dzieci, z uwagi na głęboką ingerencję w proces zapłodnienia⁶⁸. Metoda ta wiąże się także z dużym niebezpieczeństwem odziedziczenia przez potomstwo wad genetycznych po rodzicach. W normalnym procesie zapłodnienia istnieje naturalna bariera przed połączeniem się z komórką jajową nieprawidłowego plemnika. Metoda ICSI usuwa taką barierę. Np. delecje w obrębie ramion długich chromosomu Y występują u 0,5% niepłodnych mężczyzn. W takim przypadku syn mężczyzny niepłodnego odziedziczy chromosom Y z delecją i nie będzie mógł posiadać potomstwa w sposób naturalny, a jedynie przy pomocy ICSI. Mutacja występująca w genie CFTR u obojga rodziców stwarza 25% ryzyko wystąpienia mukowiscydozy u potomstwa⁶⁹. Jeszcze zanim w naturalnych warunkach plemnik dotrze do komórki jajowej, musi przejść naturalną selekcję. Najpierw nie wszystkie plemniki przedostają się przez szyjkę macicy do wnętrza macicy, następnie poddawane są one nie do końca wyjaśnionej selekcji przez licznie wytwarzane białe krwinki kobiety⁷⁰. Mikroiniekcja omija te etapy.

Tak naprawdę nie ma dokładnych danych co do wpływu sztucznego zapłodnienia na rozwój dzieci. Kłopoty z dokładnym wyselekcjonowaniem prawidłowego plemnika przeznaczonego do ICSI są tutaj główną przyczyną. Z badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii nie wynika, jakoby sam proces sztucznego zapłodnienia miał wpływ na rozwój dzieci. Inne zdanie jest prezentowane na podstawie badań prowadzonych w Australii: dzieci z zapłodnienia *in vitro* mogą mieć dwu lub trzykrotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia wad wrodzonych w formie rozszczepienia kręgosłupa i wad serca. Niemniej jednak zakres tych badań nie pozwala na wyprowadzenia ogólnych wniosków⁷¹. Tym bardziej, że metoda inseminacji docyt oplazmatycznej nie została, tak jak to ma miejsce przy innych procedurach medycznych, w gruntowny sposób sprawdzona najpierw na zwierzętach⁷².

⁶⁸ Por. tamże, s. 113.

⁶⁹ Por. L. Pawelczyk, A. Sokalska: *Medyczne aspekty...*, s. 22.

⁷⁰ Por. R. Baker: *Seks w przyszłości...*, s. 149.

⁷¹ Por. tamże, s. 104.

⁷² Por. tamże, s. 151.

3.3.4. Diagnostyka preimplantacyjna

Z omawianymi metodami wiąże się ściśle **genetyczna diagnostyka preimplantacyjna** (*preimplantation genetic diagnosis* – PGD). Jej celem jest wyeliminowanie nieprawidłowych zarodków, dzięki badaniom we wczesnej fazie rozwoju. Pobierana jest jedna lub dwie komórki z zarodka liczącego 4-6 komórek. Na podstawie badań jest możliwe ustalenie ewentualnych zaburzeń chromosomalnych i genetycznych⁷³. Wskazania do tej formy diagnostyki to nosicielstwo zaburzeń strukturalnych chromosomów lub chorób jednogenowych u rodziców, ryzyko wystąpienia w zarodkach aberracji chromosomalnych z uwagi na wiek pacjentki lub obciążający wywiad genetyczny (pacjentka leczona metodą IVF z powodu niepłodności), nawracające niepowodzenia IVF⁷⁴. Dostępne są trzy źródła materiału do badań: pierwsze ciało kierunkowe (komórki jajowej) lub drugie ciało kierunkowe (zygoty), komórki zarodków dzielących się, komórki trofoektodermi blastocysty. Materiał pobiera się za pomocą pipety biopsyjnej. Komórki zarodków są totipotencjalne, czyli mogą się przekształcić w każdą komórkę organizmu, dlatego też teoretycznie przyjmuje się, że ich usunięcie nie wpływa na dalszy rozwój zarodka⁷⁵.

Od 25 do 75% zarodków po IVF ma aneuploidię, czyli nieprawidłową liczbę chromosomów, co jest przyczyną niepowodzeń sztucznego zapłodnienia, poronień oraz wad rozwojowych. Na podstawie badań PGD można wyłonić zarodki z chromosomami dotkniętymi aneuploidią. PGD jest również pomocne przy badaniu translokacji chromosomów. Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii (European Society for Human Reproduction and Embryology – ESHRE) podaje, że wyniki fałszywie ujemne zdarzają się w 1-2% przypadków poddanych diagnostyce przedimplantacyjnej⁷⁶.

Odsetek ciąż klinicznych po PGD jest stosunkowo niski w porównaniu z cyklami bez PGD – od 17 do 28%. Sama metoda została uznana za bezpieczną

⁷³ Por. M. Witt: *Czy warto poszukiwać chromosomu Y, czyli o metodach molekularnej diagnostyki płci i ich zastosowaniu w medycynie i genetyce*. W: *Nowe tendencje w biologii molekularnej i inżynierii genetycznej oraz medycynie*. Red. J. Barciszewski, K. Łatowski, T. Twardowski. Poznań 1996. s. 459 i n.

⁷⁴ Por. R. Kurzawa: *Genetyczna diagnostyka przedimplantacyjna*. W: *Niepłodność...*, s. 115.

⁷⁵ Por. tamże. O braku skutków ubocznych mówi Robert Winston w oparciu o doświadczenia na zarodkach zwierzęcych: por. J. Levine, D. Suzuki: *Tajemnica życia. Czy się bać inżynierii genetycznej*. Warszawa 1996, s. 241.

⁷⁶ Por. R. Kurzawa: *Genetyczna diagnostyka...*, s. 118.

przez International Working Group on Preimplantation Genetic Diagnosis, gdyż wady wrodzone wystąpiły u 5% noworodków po PGD z ponad 3 tysięcy cykli wykonanych do 2001r., czyli nie więcej niż w cyklach klasycznego zapłodnienia pozaustrojowego lub ICSI bez PGD.

3.3.5. Transfer i implantacja

Przeniesienie zarodka do macicy ma miejsce drugiego lub trzeciego dnia po inseminacji. Wybór liczby zarodków podlegających transferowi do jamy macicy zależy od wieku pacjentki, jakości zarodków, ryzyka, jakie może wywołać ciąża mnoga oraz ewentualne wcześniejsze niepowodzenia przy transferach. Zwykle transferowi podlegają 2 – 3 zarodki, a w szczególnych przypadkach więcej⁷⁷.

Zarodki nadliczbowe podlegają procesowi zamrożenia. Aby jednak mogły przeżyć i być użyte po rozmrożeniu, muszą zostać do tego procesu specjalnie przygotowane (odwodnione, aby wyeliminować powstanie lodu). Transfer zarodków rozmrożonych może nastąpić w cyklu spontanicznym, stymulowanym lub w cyklu z substytucją hormonalną.

Ponieważ metodzie transferu zarodków w drugiej, trzeciej dobie po zaplemnieniu do macicy towarzyszy duży odsetek niepowodzeń, a umieszczanie większej ilości zarodków w macicy niesie ze sobą ryzyko powstania ciąży mnogiej i związanych z nią powikłań położniczo-neonatologicznych, poszukuje się innych, bardziej skutecznych form przenoszenia zarodków. Chodzi o doprowadzenie zarodka do stadium blastocysty przed wprowadzeniem go do macicy.

Pierwsze próby w tym zakresie nie przynosiły oczekiwanych rezultatów. Zarodki ginęły. Przełom przyniosły próby hodowli prowadzone przez Menezo i współpracowników. Posłużono się wówczas tzw. co-culturą z komórkami Vero, wyprowadzonymi z komórek nerki małpy zielonej i używanych do produkcji szczepionek. Około 40% zarodków osiągało stadium blastocysty w piątej i szóstej dobie hodowli. Z uwagi jednak na obawy dotyczące stosowania obcego materiału biologicznego zaniechano tej praktyki. Dzisiaj korzysta się z podłoży syntetycznych.

⁷⁷ Por. M. Radwan: *Zapłodnienie pozaustrojowe...*, s. 105.

Mimo znacznego postępu w tej dziedzinie, warunki in vitro długo będą jeszcze gorsze niż w środowisku co-cultury czy też in vivo⁷⁸.

Zarodki przeznaczone do transferu a pozyskane z hodowli pozaustrojowej mają pogrubioną osłonkę przezroczystą. To samo dotyczy zarodków rozmrożonych o uszkodzonych blastomerach. Aby zatem ułatwić proces implementacji zarodka do endometrium, czasami dokonuje się wspomagania wylęgania (*Assisted Hatching* – AH). Metoda ta polega na mechanicznym przecięciu osłonki przezroczystej, enzymatycznym wytrawieniu osłonki lub przecięciu osłonki laserem. Sposoby te niosą ze sobą ryzyko uszkodzenia zarodka. Najbezpieczniejszą formą jest przecięcie mechaniczne, lecz jest ono jednocześnie najbardziej trudne do wykonania. Zdania na temat efektywności metody AH są podzielone. Brakuje danych potwierdzających skuteczność tej metody. Większość głosów w tej materii to raczej wstępne opinie⁷⁹.

3.4. Matka zastępcza (surogatka)

Omawiając technikę sztucznego zapłodnienia in vitro oraz inne sposoby przezwyciężania niepłodności, należy wspomnieć o możliwości skorzystania z tzw. matki zastępczej (surogatki), kiedy kobieta z różnych przyczyn sama nie może nosić i urodzić dziecka. Macierzyństwo zastępcze to w zasadzie nic innego, jak donoszenie przez wybraną kobietę ciąży dla innych małżonków (partnerów) z zamiarem przekazania im dziecka po porodzie. Motywami do skorzystania z tej praktyki, obok bezpłodności, coraz częściej staje się kariera, którą ciąża może przerwać, oraz obawa, że ciąża może zaszkodzić wyglądowi zewnętrznemu kobiety⁸⁰.

Z medycznego punktu widzenia macierzyństwo zastępcze nie stanowi odrębnej techniki sztucznego poczęcia dziecka, ale może stać się jej częścią. W tym względzie możliwe są różne kombinacje, budzące wiele pytań i sprzeczności natury etycznej (do kwestii tej powrócę). W tej części pracy warto zwrócić jednak uwagę na sytuacje kliniczne sugerujące zastosowanie macierzyństwa zastępczego. Otóż powodem korzystania z omawianej możliwości jest choćby nieuleczalna bezpłodność kobiety spowodowana brakiem jajników, czyli brakiem komórek jajowych. Innym powodem jest bezpłodność kobiety przy funkcjonujących jajnikach.

⁷⁸ Por. S. Wolczyński: *Przedłużona hodowla zarodków do stadium blastocysty w programie IVF-ET*. W: *Niepłodność...*, s. 114.

⁷⁹ Por. M. Radwan: *Zapłodnienie pozaustrojowe...*, s. 107.

⁸⁰ Por. P. Morciniec: *Macierzyństwo zastępcze*. W: *Encyklopedia bioetyki...*, s. 331.

W tym przypadku komórka jajowa kobiety zostaje zapłodniona in vitro nasieniem partnera, a wyhodowany embrión zostaje implantowany do dróg rodnych matki zastępczej. Trzecim możliwym powodem korzystania z macierzyństwa zastępczego jest sytuacja, gdy kobieta jest płodna, lecz z jakichś względów nie może bądź nie chce nosić dziecka. Jeszcze inaczej jest to w sytuacji, gdy partnerzy pragnący potomstwa korzystają z dawstwa komórek jajowych lub nasienia, a po zapłodnieniu następuje transfer do macicy matki zastępczej. W każdej z tych sytuacji wykorzystuje się więc różne techniki wspomaganego rozrodu, by mogło dojść do upragnionej ciąży i przyjścia dziecka na świat⁸¹.

4. Inne aspekty związane z technikami in vitro

W etycznej ocenie wspomaganego rozrodu trzeba uwzględnić także wpływ technik in vitro na ciążę oraz zagadnienia psychologiczne związane z korzystaniem ze sztucznej prokreacji. Warto także dostrzec gwałtowny rozwój technik związanych z metodą in vitro, stawiający nowe pytania przed filozofami i etykami – dziś i w przyszłości.

4.1. Wpływ technik in vitro na ciążę

Do głównych czynników wpływających na problemy z płodnością należą: wiek (opóźnianie rozrodu), styl życia (alkohol, nikotyna, nadużywanie leków) i zanieczyszczenie środowiska. W związku z rosnącym odsetkiem par niepłodnych, coraz częściej wykorzystywane są techniki wspomaganego rozrodu w prokreacji⁸².

Każda ciąża uzyskana w sytuacji ograniczenia płodności małżeńskiej jest narażona na ryzyko położnicze. Istnieją doniesienia, że ciążę powstałe przy pomocy metody in vitro, a także innych technik wspomaganego rozrodu, są obarczone podwyższonym ryzykiem wystąpienia powikłań⁸³. Ciężarne kobiety po leczeniu

⁸¹ Por. tamże, s. 332-333.

⁸² Por. A. Bielak, J. Wilczyński: *Ciąża w aspekcie technik rozrodu wspomaganego*. W: *Niepłodność...*, s. 161.

⁸³ Por. T. Perri, R. Chen, R. Yoeli, P. Merlob, R. Orvieto, Y. Shalev, Z. Ben-Rafael, I. Bar-Hava: *Are singleton assisted productive technology pregnancies a risk of prematurity?* „Journal of Assisted and Reproduction Genetics” 2001, nr 18, s. 245-249; S.C. Tough, C.A. Greene, L.W. Svenson, J. Belik: *Effects of in vitro fertilization on low birth weight, preterm delivery, and multiple birth*. „Journal of Pediatrics” 2000, nr 136, s. 618-622.

niepłodności są statystycznie znacznie częściej pierworódkami. Liczba poronień wśród kobiet korzystających z technik wspomaganego rozrodu nie różni się od patologii ciąży tego typu w ogólnej populacji i wynosi 15-20%. Częściej jednak niż w populacji występuje nieprawidłowa lokalizacja jaja płodowego (1 przypadek na 100 ciąż). Wynika to najprawdopodobniej z czynnościowej i anatomicznej nieprawidłowości jajowodów, obecności wielu komórek jajowych i wysokich stężeń hormonów w następstwie stymulacji owulacji⁸⁴. U kobiet z ciążą w wyniku technik in vitro występuje znaczne zagrożenie przedwczesnym porodem. Jest to spowodowane przedwczesnym odpływaniem wód płodowych, niewydolnością cięśniowo-szyjkową, zahamowaniem wzrostu wewnątrzmacicznego płodu oraz ciążami wielopłodowymi⁸⁵. W 16% przypadków ciąż pojedynczych po IVF wystąpiła niska masa urodzeniowa (w porównaniu do 8% występujących w ogólnej populacji). Znacznie częściej występowała także wewnątrzwątrobowa cholestaza ciążowa. W niektórych ośrodkach stosuje się embrioredukcję. Nie stwierdzono negatywnego wpływu takiego zabiegu na noworodka⁸⁶. Jeśli idzie o zakończenie ciąży, to u pacjentek po sztucznym zapłodnieniu odsetek cesarskich cięć wynosi 45%, a w ogólnej populacji nie przekracza 20%⁸⁷.

Jednym z powikłań, czy też ryzyk związanych ze stosowaniem technik in vitro jest ciąża mnoga (22-29% wobec 2% w ogólnej populacji). Pierwsze badania z 1990 roku wykazały, że następuje niebywały wzrost ilości ciąż mnogich na świecie. Podwojenie w tym zakresie, jakie miało miejsce w latach osiemdziesiątych w stosunku do siedemdziesiątych (z 12 do 30 przypadków na 100 tysięcy urodzeń), spowodowane jest stosowaniem leków na bezpłodność oraz innych technologii reprodukcyjnych⁸⁸. Z ciążą mnogą związane jest znaczne ryzyko dla zdrowia i życia matki oraz dzieci. Generalnie pod względem biologicznym bezpieczne jest urodzenie

⁸⁴ Por. FIVNAT: *Pregnancies and births resulting from in vitro fertilization: French national registry, analysis of data 1986 to 1990*. „Fertility and Sterility” 1995, nr 64, s. 745-756; L. Speroff, H. Glass, N. Kase: *Ectopic pregnancy*. W: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Red. L. Speroff, H. Glass, N. Kase. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland 1994.

⁸⁵ Por. A. Bielak, P. Hańcz, A. Brot, J. Wilczyński: *Przebieg ciąży i porodu po IVF –ET u pacjentek hospitalizowanych w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej ICZMP w Łodzi w latach 1991-2002*. „Ginekologia Polska” 2003, nr 74, s. 1049-1054.

⁸⁶ Por. C. Berg, A. Moller, L. Nilsson, M. Wikland: *Obstetric outcome and psychological follow – up of pregnancies after embryo reduction*. „Human Reproduction” 1999, nr 14, s. 2170-2175.

⁸⁷ Por. M. Dhont, P. De Sutter, G. Ruyssinck, G. Martens, A. Bekaert: *Perinatal outcome of pregnancies after assisted reproduction: A case-control study*. „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 1999, nr 181, s. 688-695; C. Patrat, J.P. Wolf, S. Epelboin, J.N. Hugues, F. Olivennes, P. Granet, J.R. Zorn, P. Jouannet: *Pregnancies, growth and development of children conceived by subzonal injection of spermatozoa*. „Human Reproduction” 1999, nr 14, s. 2404-2410.

⁸⁸ Por. R. Baker: *Seks w przyszłości...*, s. 96.

jednego lub dwójki dzieci. Gdy pojawiają się trojaczki, ryzyko staje się bardzo duże. Obejmuje ono wcześniactwo, niedowagę noworodka (więcej niż połowa czworaczków rodzi się z wagą poniżej 1,5 kg), konieczność intensywnej opieki neonatologicznej (ponad połowa wymaga jej miesiąc i dłużej), wzrost ryzyka wystąpienia porażenia mózgowego⁸⁹.

4.2. Niektóre zagadnienia psychologiczne związane z procesem leczenia niepłodności metodą in vitro

Zauważono, że zachowanie osób dowiadujących się o swojej niepłodności jest podobne do zachowania osób przeżywających śmierć kogoś bliskiego. Mówi się o „żałobie po nienarodzonym dziecku biologicznym”. Ta żałoba obejmuje zarówno stratę dziecka poczętego, jak i niemożliwość poczęcia. Na oznaki żałoby składają się: początkowy szok i zobojętnienie, zaprzeczenie diagnozy lekarskiej, szukanie przyczyn niepłodności, poczucie winy, obarczanie winą innych, poczucie wstydu, osamotnienia, braku wsparcia społecznego i opuszczenia, pogorszenie stosunków między członkami rodziny, depresja⁹⁰. Szczególnie uciążliwe jest poczucie winy u małżonka, po którego stronie podejrzewa się przyczynę niepłodności. Może ono prowadzić do działań autodestrukcyjnych w wymiarze świadomym i nieświadomym. Często zdarza się myślenie, że małżonek mógłby mieć potomstwo z innym partnerem.

Proces leczenia niepłodności metodą in vitro niesie zazwyczaj ze sobą konieczność przeżywania żałoby po nienarodzonym dziecku kilkakrotnie. Okres leczenia staje się zatem czasem nadziei i rozpaczy. Jest to proces bardzo stresujący, ponadto czasochłonny i wymagający zaangażowania znaczących środków finansowych, a niekiedy również powodujący kolizję między wielokrotnymi pobytami w szpitalu a życiem zawodowym.

⁸⁹ Por. tamże.

⁹⁰ Por. A. Trzeciakowska: *Wybrane zagadnienia psychologiczne związane z procesem leczenia niepłodności technikami wspomaganego rozrodu*. W: *Dawanie życia...*, s. 48; zob. także: W. Badura-Madej: *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Katowice 1999; J.P. Berghius, A.L. Santon: *Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2002, nr 70 (2), s. 433-438; L. Cierpiałkowska, H. Sęk: *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. Poznań 2001; C.H. Sparks, J.A. Hamilton: *Psychological issues related to alternative insemination*. „Professional Psychology: Research and Practice” 1991, nr 22 (4), s. 308-314.

Dodatkowym czynnikiem podsycającym stresogenność procesu leczenia mogą być przekonania etyczne lub religijne, utrudniające lub wykluczające aprobatę niektórych metod przewycięzania niepłodności. Z uwagi na rozterki natury moralnej oraz długość procesu leczenia niektóre pary rezygnują z technik wspomagania rozrodu na rzecz rozpoczęcia procesu adopcyjnego.

Dostępne są wyniki badań nad procesami radzenia sobie ze stresem przy stosowaniu techniki zapłodnienia *in vitro* i inseminacji. Wyodrębniono dwie strategie zorientowane na problem (planowe rozwiązywanie problemu, ocena problemu) oraz dwie strategie zorientowane na emocje (unikania i koncentracji na emocjach). W sytuacji zapłodnienia *in vitro* strategia oceny problemu i koncentracji na emocjach dają lepsze rezultaty przystosowawcze. Ze strategią koncentracji na emocjach problemy mają jednak partnerzy kobiet, z uwagi na przypisywaną ich płci rolę społeczną. Zwracają oni uwagę bardziej na działania zewnętrzne⁹¹. W tej sytuacji powstaje dodatkowy rozdźwięk psychologiczno-emocjonalny między partnerami starającymi się o potomstwo.

Żałoba po nienarodzonym dziecku biologicznym oraz towarzyszące jej symptomy depresyjne, ból fizyczny i psychiczny, brak zrozumienia u najbliższych, stres, wpływają na sam związek partnerów⁹².

4.3. Techniki *in vitro* w przyszłości

Techniki rozrodu wspomaganego, a zwłaszcza metoda *in vitro*, mimo że już są uznawane za przełomowe osiągnięcie w dziejach medycyny i technicznych zdobyczy, ciągle poddawane są ulepszaniu, doskonaleniu. Autorzy rozważający perspektywy rozwoju technik prokreacji wspomagannej wskazują możliwości, które wydają się na pierwszy rzut oka wręcz nierealne, wyrwane jakby z filmu *science fiction*, jednak oceniane w kontekście dokonującego się lawinowego postępu coraz bardziej możliwe.

Pierwszą techniką, na którą warto zwrócić uwagę, jest wykorzystanie w rozrodzie wspomaganym płodów po aborcji (lub po poronieniach) jako bogatego

⁹¹ Por. A. Trzeciakowska: *Wybrane zagadnienia...*, s. 50; zob. także: D. Terry, G.J. Hynes: *Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses*. "Journal of Personality and Psychology" 1998, nr 74 (4), 1078-1092.

⁹² Caryl Rusbult z USA wyróżniła cztery typy reakcji na niezadowolenie w związku: wyjście, dialog, lojalność i zaniedbanie. Por. tamże, s. 52.

źródła gamet. Badania z 1993 roku sugerowały, że pęcherzyki wytwarzające komórki jajowe mogłyby być hodowane w tkance jajnika pobranej z ludzkich płodów. W 1994 roku w Wielkiej Brytanii zakazano tego typu praktyk. Jednak technika ta może być dostępna niebawem w innych krajach, a rozwijająca się turystyka reprodukcyjna umożliwi korzystanie z niej. W tym względzie pojawia się także możliwość, że przez stosowanie zarodkowych komórek macierzystych, z których będzie można uzyskać plemniki, dwóch mężczyzn będzie mogło zostać biologicznymi rodzicami dziecka, które urodzi matka zastępcza. Komórki jajowe byłyby tworzone w laboratorium w ten sam sposób⁹³.

Inną opisywaną techniką może być klonowanie przez przeniesienie jądra komórki somatycznej. Ten sposób po raz pierwszy z powodzeniem zastosowano u owiec, doprowadzając do narodzin owcy Dolly. Proces ten obejmował fuzję jądra komórki somatycznej od dorosłej owcy z pozbawioną jądra komórką jajową drugiej owcy. Proces ten jest technicznie możliwy do zastosowania u ludzi, jednak może on prowadzić do różnych, nieprzewidzianych konsekwencji (np. zagrożenie dla zdrowia dziecka, błędy w kodzie starego DNA jądra dojrzałej komórki). Jednak gdyby został udoskonalony, ich ryzyko mogłoby zostać ograniczone. W nowej procedurze pozwala się zapłodnionym komórkom jajowym na szereg podziałów komórkowych przed usunięciem ich jąder i przeniesieniem ich do pozbawionych jąder komórek jajowych od dawczyń, z którymi ulegają fuzji. W ten sposób unika się licznych terapii hormonalnych, które konieczne są u kobiet, a „dawca” jest w zasadzie komórką, a nie unikatowym osobnikiem. Wątpliwości i pytania wzbudza jednak fakt, że całe potomstwo byłoby identyczne pod względem genetycznym⁹⁴.

Jeszcze inne możliwości (i problemy) otwiera partenogeneza (rozmnażanie bezpłciowe). W roku 2004 w Japonii zostało przedstawione „wyprodukowanie” myszy partenogenetycznej zdolnej do życia ze zrekonstruowanego oocytu zawierającego dwa różne matczyne zestawy haploidalne. Mówiąc krótko wyhodowano mysz, która miała dwie matki. Warto jednak dodać, że ta jedna mysz została uzyskana po 460 próbach wyhodowania zarodka.

Transplantacja macicy to kolejny z futurologicznych pomysłów. Tego typu zabiegi są udanie stosowane w przypadku zwierząt i są możliwości dokonania

⁹³ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 118.

⁹⁴ Por. tamże, s. 118-119; B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko...*, s. 150-159; D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 164-169.

takiego przeszczepu u ludzi; a skoro tak, to rodzi się pytanie, czy możliwe byłoby wszczepienie macicy mężczyznom i w ten sposób umożliwienie im bycia „matką”⁹⁵.

Wspomnieć także można o ektogenezie, czyli hodowli niemowląt całkowicie poza organizmem. Tragiczną wizję stosowania tejże metody przedstawił Aldous Huxley już w 1932 roku w swojej książce *Nowy wspaniały świat*⁹⁶. W jego wizji społeczeństwa niemowlęta byłyby produkowane na taśmie produkcyjnej i przeznaczone do wykonywania konkretnych zadań. Najlepsze komórki jajowe byłby oczywiście zapładniane najlepszymi plemnikami. W ten sposób powstawałyby jednostki o nazwie Alfa i Alfa plusy. Zaś słabe komórki jajowe i plemniki dawałyby zarodki, z których tworzone by podludzi, wykonujących najprostsze prace, niewymagające kwalifikacji. Sposobem na opanowanie podludzi byłoby pozwalanie im na częste kontakty z płcią przeciwną, darmowa rozrywka i codzienne dawki środka uspakajającego⁹⁷. Obecnie jednak wielu naukowców, nie wychodząc w szczególności wizji Huxley’a, widzi w ektogenezie jakieś rozwiązanie problemów związanych ze sztucznym zapłodnieniem. Ich zdaniem sztuczne macice pozwoliłyby rozwiązać problemy medyczne i społeczne związane choćby z macierzyństwem zastępczym, równouprawnieniem kobiet, deficytem materiału transplantacyjnego⁹⁸. Jako korzyść tej metody jest także wskazywana niemożność wpływu niewiedzy czy niedbałości rodziców na rozwój ich dziecka⁹⁹.

Kolejny pomysł, dziś jeszcze futurologiczny, to autoprokreacja kobieca: gdyby kobieta chciała mieć dziecko tylko swoje, będące jej własną kopią, wówczas plemnik zostałby usunięty zaraz po zapłodnieniu, natomiast diploidalna liczba chromosomów zostałaby przywrócona w wyniku wstrzymania pierwszego podziału zapłodnionej komórki. Wreszcie możliwość wszczepienia ludzkiego zarodka w macicę zwierzęcia, np. szympanscy. Wręcz niewyobrażalny, ale zgodnie z opiniami naukowców możliwy jest pomysł, by to mężczyzna urodził dziecko. Przypuszcza się, że możliwe byłoby przeniesienie zarodka do organizmu mężczyzny, a po „donoszeniu” ciąży (np. w mosznie), za pomocą interwencji chirurgicznej mógłby nastąpić „poród” (takie eksperymenty dokonywane są już na małpach). Możliwa jest także w przyszłości zmiana tożsamości zarodka ludzkiego.

⁹⁵ Por. B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 119.

⁹⁶ Por. A. Huxley: *Brave New World*. London 1932.

⁹⁷ Por. B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 119.

⁹⁸ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, 111-113; Z. Szawarski: *Nowy, wspaniały „homo sapiens” (Etyczne aspekty sztucznej prokreacji)*. „Studia Filozoficzne” 1988, nr 3, s. 53.

⁹⁹ Por. B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 119.

Do zapłodnionej i zaczynającej się rozwijać zygoty można będzie wstrzyknąć nową, obcą instrukcję genetyczną, która wcieli się w materiał genetyczny zarodka. Pierwsze udane tego typu doświadczenie przeprowadzono już na myszach¹⁰⁰. Jeszcze inne pomysły dotyczą pełnego programowania płci. Takie próby już zostały wprowadzone w życie i obecnie żyje na świecie kilkoro dzieci, których płeć została przesądzona nie przez naturę, ale przez naukowców¹⁰¹. Technika roztacza więc niewyobrażalne horyzonty możliwości. Natychmiast jednak stajemy przed pytaniem o wielorakie skutki wykorzystywania tych możliwości.

¹⁰⁰ Por. J. Testart: *Przejrzysta komórka*. Warszawa 1990, s. 10-16; D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 115-118.

¹⁰¹ Więcej na ten temat: B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko...*, s. 146-150.

ROZDZIAŁ II

Problemy i dylematy związane z metodą in vitro

Charakterystyka niepłodności oraz technik wspomagania rozrodu stanowi podstawę dla wskazania i sformułowania problemów oraz dylematów związanych z metodą in vitro. Analizy tego rozdziału wymagają najpierw ustaleń terminologicznych, po których zostaną kolejno omówione problemy i dylematy związane z in vitro homologicznym, heterologicznym oraz wspólne dla obu tych odmian.

1. Ustalenia terminologiczne

Po przedstawieniu terminologii stosowanej w dyskusjach etycznych zostaną zarysowane uściślenia (zwłaszcza pojęcia dylematu) oraz rozróżnienia pomiędzy dylematem a problemem i konfliktem oraz tym, co etyczne, a tym, co moralne.

1.1. Terminologia zastana

W pracach etycznych dotyczących oceny metody *in vitro* można zaobserwować swobodne posługiwanie się różnymi terminami, prowadzące niejednokrotnie do terminologicznego bałaganu. Na przykład używa się zamiennie takich terminów, jak dylemat, problem, pytanie, kwestia, trudność, konflikt (wartości, interesów) itp., nie odróżnia się problemów etycznych od moralnych, co zaciera różnicę między oboma tymi poziomami. Taka sytuacja uzasadnia, by usystematyzować terminologię niezbędną do ścisłego sformułowania spornych kwestii związanych z metodą *in vitro*.

Dotychczasowe próby uściślenia terminologii dotyczą głównie pojęcia dylematu. Na szczególną uwagę zasługuje standardowa definicja dylematu oraz jej uszczegółowienia. Wspomnieć należy także o krytycznym wobec definicji standardowej stanowisku Woltera Sinnota-Armstronga i jego próbie określenia tegoż pojęcia oraz o definicji kontekstowej Barbary Chyrowicz¹⁰².

1.1.1. Standardowa definicja dylematu i jej uszczegółowienia

Na gruncie filozofii i etyki pojawiały się różne próby zdefiniowania pojęcia dylematu moralnego. Według definicji zwanej standardową „dylemat to sytuacja, w której podmiot powinien wybrać osobno każdą z ewentualnych alternatyw działania, lecz nie może zarazem uczynić im obu zadość”¹⁰³. Musi więc zaistnieć kolizja opcji (powinności), a ponadto doświadczenie bezsilności i niezdecydowanie podmiotu działającego oraz jego poczucie winy z powodu odrzucenia jednej możliwości na rzecz drugiej.

Inna definicja, zachowując pierwszy z elementów definicji standardowej, a mianowicie kolizję opcji, charakteryzuje dylemat jako „sytuację, w której podmiot powinien coś uczynić i zarazem nie powinien czegoś uczynić. Cokolwiek zatem uczyni – nawet jeśli nic nie uczyni – i tak podejmie decyzję, której nie powinien był

¹⁰² Analizy tej części rozdziału są mocno wsparte na ustaleniach zawartych w pracy Barbary Chyrowicz *O sytuacjach bez wyjścia w etyce*; niektóre definicje w tych rozważaniach są zaczerpnięte bez treściowych zmian z książki B. Chyrowicz.

¹⁰³ B. Chyrowicz: *O sytuacjach bez wyjścia w etyce*. Kraków 2008, s. 52.

podjąć”¹⁰⁴. Osoba zmagająca się z konfliktem mogłaby nie tylko wybrać jedną spośród dwóch, z równą mocą pożądanych opcji, ale także mogłaby nie dokonać wyboru, co jednak nie zwalnia z odpowiedzialności.

Jeszcze wyraźniej do pojęcia powinności odwołuje się definicja, w której dylemat jest określony jako „sytuacja w której podmiot *S* związany jest moralną powinnością spełnienia *A* i takąż samą powinnością spełnienia *B*, ale nie może zarazem obu powinnościom uczynić zadość. Dzieje się tak albo dlatego, że spełnienie *B* jest możliwe tylko przy niespełnieniu *A* (i odwrotnie), albo z uwagi na to, że jakieś zewnętrzne okoliczności uniemożliwiają spełnienie zarazem *A* i *B*”¹⁰⁵. Jeszcze inne podobne ujęcie wskazuje, że dylemat to konflikt pomiędzy dwoma sądami moralnymi, w którym podmiot powinien uczynić dwie rzeczy, których zarazem wykonać nie może; lub też konflikt pomiędzy podjęciem jakiegoś działania bądź też jego zaniechaniem ze względu na cechy, jakie owo działanie posiada.

Są także takie uszczegółowienia standardowej definicji dylematu, w których podkreśla się równosilność obu możliwości domagających się wyboru, np.: konflikt jest prawdziwym dylematem tylko wtedy, gdy wchodzące w tenże konflikt zobowiązania lub moralne wymagania są tego rodzaju, że żadne z nich nie przewyższa drugiego; z dylematem mamy do czynienia wówczas, gdy zachodzi konflikt etyczny pomiędzy tym, co dana osoba powinna uczynić dla jednej racji, a tym, co powinna uczynić dla innej racji, konfliktu tego nie można jednak rozwiązać, wskazując na którąś z racji jako nadrzędną¹⁰⁶.

Nierozstrzygalność, we wskazanym właśnie sensie, dylematu przejawia się (podkreśloną w definicji standardowej) niepewnością i bezsilnością podmiotu stojącego wobec dylematu. One to sprawiają, że dylemat nabiera dramatycznego, wręcz traumatycznego charakteru. Każda z możliwości bowiem, przed którą staje osoba przeżywająca konflikt moralny, przyniesie jakieś złe skutki. Jakąś pomocą może być zasada „wyboru mniejszego zła”, niemniej jednak nie zlikwiduje ona całkowicie dramatyzmu sytuacji, zło bowiem zawsze pozostanie złem (a często jest

¹⁰⁴ Tamże, s. 53. Zob. także: E. J. Lemmon: *Moral Dilemmas*. „Philosophical Review” 1962, nr 71, s. 108-109.

¹⁰⁵ Tamże, s. 55. Zob. także: C. W. Gowans: *The Debate on Moral Dilemmas*. W: *Moral Dilemmas*. Red. C. W. Gowans. Oxford-New York: Oxford University Press 1987, s. 3.

¹⁰⁶ Por. tamże, s. 55-56. Zob. także: B. Williams: *Ethical Consistency*. W: *Problems of the Self. Philosophical Papers 1956 – 1972*. Cambridge University Press 1985, s. 170-171; T. C. McConnell: *Moral Residue and Dilemmas*. W: *Moral Dilemmas and Moral Theory*. Red. H. E. Mason. Oxford University Press 1996, s. 36; B. C. Fraassen: *Values and the Heart's Command*. W: *Moral Dilemmas...*, s. 141.

ona niestosowalna – zła są nierozróżnialne). Dlatego składnikiem przeżywania dylematu jest poczucie winy, które pozostanie nawet jeśli podmiot wybierze „mniejsze zło”¹⁰⁷.

1.1.2. Waltera Sinnotta-Armstronga krytyka definicji standardowej dylematu

Sformułowane wyżej definicje – standardowa i różne jej uściślenia – stanowią pole dyskusji i krytyki dla etyków i filozofów. Pośród krytycznych podejść jest stanowisko Waltera Sinnotta-Armstronga¹⁰⁸. Zwraca on uwagę na następujące wady definicji standardowej: nietrafność stwierdzenia o powinności spełnienia każdej z dwóch konkurencyjnych opcji; niedookreślenie rodzaju powinności; oraz rozumienia istoty moralnej racji¹⁰⁹.

Odnosząc się do pierwszej stwierdza, że należałoby raczej powiedzieć, iż w sytuacji dylematu podmiot nie tyle *powinien wybrać osobno każdą z ewentualnych alternatyw działania*, ale raczej *nie może uczynić tego, co powinien uczynić, jeśli nie uczyni zarazem tego, czego nie powinien uczynić*. Nie jest więc tak, że osoba przeżywająca konflikt opcji powinna coś uczynić, jak chce standardowa definicja, lecz raczej nie powinna czegoś uczynić.

Co do potrzeby dookreślenia rodzaju powinności, to według Sinnotta-Armstronga na uwagę w tym względzie zasługują tylko dylematy, za którymi stoją racje (powinności) natury moralnej. To natomiast, czy dana racja zostanie uznana za moralną, zależy od przyjmowanej przez daną teorię etyczną normy moralności, choć są w etyce tezy powszechnie przyjmowane (np. dotyczące troski o życie), mimo różnic w argumentach je popierających.

Co się tyczy rozumienia istoty moralnej racji, to według Sinnotta-Armstronga nie stanowi jej wprost sama alternatywna opcja działania. Dopiero gdy dany podmiot sam uzna „coś” za moralną rację, to znaczy gdy będzie świadomy właściwości i skutków wyboru alternatywnych opcji, wówczas to „coś” moralną racją dla niego się staje. W tym względzie autor proponuje także, by odróżnić ideały od moralnych wymagań. W działaniu bowiem danego podmiotu odrzucenie moralnego wymagania będzie zawsze skutkowało popełnieniem czynu moralnie złego, natomiast odrzucenie

¹⁰⁷ Por. tamże, s. 56-59.

¹⁰⁸ Swoją wykład na temat dylematów moralnych zawarł on w opracowaniu: *Moral Dilemmas*. Oxford: Basil Blackwell 1988.

¹⁰⁹ Por. B. Chyrowicz: *O sytuacjach...*, s. 59-60.

ideału takiegoż skutku nie powoduje. O dylemacie moralnym będzie zatem można mówić tylko w sytuacji konfliktu między moralnymi wymaganiami¹¹⁰.

W swej analizie pojęcia dylematu Sinnott-Armstrong rozróżnia także charakter powinności stojącej za alternatywnymi wymaganiami. Otóż powinność może być warunkowa oraz bezwarunkowa. W pierwszym przypadku racja odpowiadająca powinności jest możliwa do uchylecia, a co za tym idzie możliwe do uchylecia jest także wymaganie wchodzące w konflikt, które na owej racji się wspiera. Natomiast charakter bezwarunkowy powinności sprawia, że nie można uchylć racji i opartego o nią wymagania – jest ono nadrzędne, [vs.] „nie-nadrzędne” (wymaganie w sytuacji pierwszej). Korzystając z tego rozróżnienia można przedstawić dwie interpretacje standardowej definicji dylematów. Zgodnie z pierwszą dylemat jest konfliktem między moralnymi wymaganiami, również takimi, że jedno wymaganie przewyższa drugie (będą to konflikty zasadniczo rozstrzygalne); według drugiej dylemat ma miejsce tylko wtedy, kiedy istnieją nadrzędne racje moralne dla przyjęcia każdego z dwóch alternatywnych wymagań.

Jak można zauważyć, w przypadku pierwszej interpretacji ciężko mówić o dylemacie moralnym, skoro jedno wymaganie wyraźnie przewyższa drugie. Natomiast sytuacja opisana w drugiej interpretacji jest niemożliwa z uwagi na asymetryczność relacji nadrzędności (aby można było mówić o danej racji, że jest nadrzędna, musi ona przewyższać inną). By uniknąć tej trudności, Sinnott-Armstrong zamienia „nadrzędne racje” na „nie-nadrzędne”. Z moralnym dylematem mielibyśmy więc do czynienia wówczas, gdy podmiot staje przed wyborem pomiędzy dwoma niekompatybilnymi, nie-nadrzędnymi wymaganiami. To zaś ma miejsce wtedy, gdy wymagania moralne są ze sobą w konflikcie, ale żadne z nich nie jest nadrzędne względem drugiego. Wobec powyższego moralny dylemat byłby konfliktem dwóch moralnych wymagań, z których żadne nie przewyższa drugiego w sposób moralnie relewantny¹¹¹.

Kontynuując swoją krytykę Sinnott-Armstrong stwierdza, że do ogólnego rozumienia dylematu niczego nie wnosi wskazane w standardowej definicji poczucie niepewności. Gdy bowiem podmiot nie jest pewny swoich moralnych wymagań, ich znaczenia i hierarchii, nie może też być pewny, czy znalazł się w sytuacji moralnego

¹¹⁰ Por. tamże.

¹¹¹ Por. tamże, s. 61-63.

dylematu¹¹². Podkreśla natomiast konieczność doprecyzowania standardowej definicji w jeszcze innej kwestii. Otóż uważa, że zamiast mówić o konfliktowych działaniach, należałoby raczej powiedzieć o alternatywnych opcjach działania, rozumianych jako sądy odnoszące się do działania sformułowanego za pomocą operatora „powinien”. Alternatywna opcja może mieć charakter pozytywny (powinienem), jak i negatywny (nie powinienem). Korzystając z tego rozróżnienia mówi o trzech rodzajach dylematów:

- pozytywny/pozytywny (powinienem/powinienem),
- pozytywny/negatywny (powinienem/nie powinienem),
- negatywny/negatywny (nie powinienem/nie powinienem)¹¹³.

Kolejne uściślenie standardowej definicji dylematu wskazane przez Sinnotta-Armstronga dotyczy znaczenia słowa „móc”. Stwierdzenie podmiotu: „nie mogę spełnić określonego działania”, może bowiem wskazywać zarówno na fizyczną niemoc wykonania tegoż działania, jak i na zupełnie inną. Wobec tego istotne jest dookreślenie, dlaczego w sytuacji konfliktu nie mogę przyjąć zarazem obu alternatywnych opcji: z powodu fizycznej niemożliwości, wewnętrznych zahamowań czy też pojawienia się innego, nadrzędnego wymagania¹¹⁴.

Ostatecznie więc definicja dylematu zaproponowana przez Sinnotta-Armstronga brzmi: „dylemat moralny pojawia się wtedy, kiedy: podmiot stoi przed moralnym wymaganiem przyjęcia każdej z dwóch alternatywnych opcji, żadne z moralnych wymagań nie jest nadrzędne w jakikolwiek moralnie relewantny sposób, a spełnienie zarazem obu alternatywnych opcji jest niemożliwe, chociaż każda z nich może być zrealizowana osobno”¹¹⁵.

1.1.3. Definicja kontekstowa dylematu Barbary Chyrowicz

Według B. Chyrowicz uściślenia Sinnotta-Armstronga odnoszące się do definicji standardowej są istotne nie tyle dla samego zrozumienia dylematów, ile dla wskazania możliwości ich rozstrzygania. Podkreśla jednocześnie, że racje podawane

¹¹² Por. tamże, s. 64.

¹¹³ Por. tamże, s. 64-65.

¹¹⁴ Por. tamże, s. 66.

¹¹⁵ Tamże.

za przyjęciem konkurencyjnych opcji zależą od teorii etycznej, w której ramach dany dylemat czy konflikt jest rozstrzygany¹¹⁶.

Odnosząc się do Sinnota-Armstronga analizy terminów „powinien” oraz „móc”, Chyrowicz uznaje, że znacznie ważniejsza jest analiza relacji „móc” do „powinien”. Może bowiem się zdarzyć, że podmiot w sytuacji konfliktu, choć zgodnie z wyznawaną przez siebie teorią etyczną „powinien” coś uczynić, to jednak z różnych powodów nie będzie w stanie tej powinności zrealizować¹¹⁷. Relacja „móc” do „powinien” ma swoje znaczenie także wówczas, gdy chce się odróżnić ideały od wymagań, a co za tym idzie – dookreślić konieczność wykonywania przez dany podmiot konkretnych działań.

O „powinności” można mówić na płaszczyźnie wyznaczonej przez teorię, a dokładniej – przez przyjęte w nich normy moralności, oraz w kontekście podmiotu stojącego przed dylematem, uwzględniając jego możliwości i stan wiedzy¹¹⁸. Powinności oraz dylematy mogą się więc pojawiać zarówno na poziomie teorii (wymiar teoretyczny), jak i osobistych decyzji podmiotu (wymiar podmiotowy). Dlatego w swojej definicji dylematu Chyrowicz – zmierzając do połączenia obiektywnie zaistniałego konfliktu z dramatem podmiotu zmagającego się z podjęciem decyzji – proponuje, by przez dylemat rozumieć „sytuację, w której podmiot jest przekonany, że powinien zarazem *a* i *b*, a równocześnie nie może spełnić powinności *a* bez naruszenia powinności *b*, ani też powinności *b* bez naruszenia powinności *a*, przy czym dla powinności *a* i *b* (mogą one stanowić zarówno działanie, jak i powstrzymanie się od działania) znajduje racje na gruncie teorii etycznej, w ramach której próbuje rozstrzygnąć dylemat”¹¹⁹. Definicja ta nosi miano „kontekstowej”, gdyż odwołując się do przekonania podmiotu o tym, że powinien zarazem *a* i *b*, uwzględnia ona kontekst działania podmiotu oraz dwupoziomowy wymiar powinności. Co także ważne, wyklucza ona z zakresu

¹¹⁶ Por. tamże, s. 67. Okoliczność ta jest ważna dla stosowania pojęcia dylematu w rozważaniach nad metodą *in vitro*.

¹¹⁷ Chyrowicz podaje przykład odnoszący się do ratowania życia ludzkiego. Teoria etyczna nakazuje podmiotowi chronić życie niewinnego, jednak ten nie będzie w stanie zrealizować tej powinności zawsze. Na przykład nie będzie ratował tonącego, jeśli sam nie umie pływać, nawet wtedy, gdy jest całkowicie przekonany o powinności ratowania życia. Por. tamże, s. 67-68.

¹¹⁸ Teoretycznie bowiem podmiot coś „powinien”, ale jeśli o tym nie wie i nie miał szansy się dowiedzieć, czyli nie ma wiedzy konstytuującej jego działanie, to w konkretnym przypadku, tu i teraz, „nie powinien”. Podobnie jest wówczas, gdy podmiotowi wydaje się, że jest w sytuacji konfliktu, ponieważ nie potrafi podać racji, dla której mógłby dane wymaganie odrzucić, a racja taka istnieje. Por. tamże, s. 68.

¹¹⁹ Tamże, s. 70.

pojęcia dylematu sytuacje, w których podmiot twierdzi, że staje przed dylematem, ale nie jest w stanie wskazać żadnych innych racji implikujących daną powinność oprócz własnych, często dramatycznych przeżyć¹²⁰.

Składnikiem łączącym definicję kontekstową dylematu z definicją standardową jest wskazanie na dwie powinności, których podmiot nie może jednocześnie wypełnić. Ponadto inny element standardowej definicji dylematu, a mianowicie poczucie winy, zostaje zastąpiony odwołaniem się do przekonań podmiotu. Jak zaznacza B. Chyrowicz, samo postępowanie wbrew własnym przekonaniom wywołuje poczucie winy. Definicja kontekstowa nie przesądza także jednoznacznie, czy dylematy moralne są rozstrzygalne, czy też nie¹²¹. Omawiane teraz określenie dylematu jest natomiast podobne do definicji Sinnota-Armstronga pod względem sposobu, w jakim są określone konkurencyjne opcje; Chyrowicz nie mówi bowiem o dwóch działaniach, ale o dwóch powinnościach działania¹²².

1.2. Uściślenia i rozróżnienia dotyczące pojęcia dylematu przyjęte w pracy

Zaproponowane niżej modyfikacje terminologii zastanej dotyczą pojęcia dylematu, rozróżnień pomiędzy dylematem a konfliktem i dylematem a problemem oraz pomiędzy ich znaczeniem etycznym a moralnym.

Dylemat a konflikt

„Dylemat” (gr. *dilēmma*) oznacza sytuację wymagającą trudnego wyboru między dwiema możliwościami. Pochodzi od połączenia przedrostka *di*, który w złożeniach oznacza dwa razy, podwójny, dwukrotny, zawierający dwa (atomy, bieguny, grupy itd.) oraz wyrazu *lemma* – twierdzenie, rzecz przyjęta, możliwość¹²³.

¹²⁰ Por. tamże, s. 70-71.

¹²¹ Por. tamże, s. 72.

¹²² Por. tamże, s. 71. Autorka wymienia trzy powody, które potwierdzają słuszność określania „dwie powinności działania”: mówienie o powinnościach i to popartych racjami przywoływanymi przez daną teorię etyczną jasno określa, że chodzi o dylematy moralne; teoretyczne rozważania na temat dylematów zdają się istotnie zależeć od założeń teorii etycznej, zwłaszcza od przyjętego w niej rodzaju powinności obowiązywania norm moralnych; uznanie, że dostrzegane przez podmiot racje tworzą moralne dylematy, sprawia, że konkurencyjne opcje zyskują na konkretności, to znaczy dotyczą konkretnego podmiotu w określonym miejscu i czasie – dylematy są zawsze dylematami konkretnych osób.

¹²³ Por. W. Kopaliński: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. [http: www.slownik-online.pl](http://www.slownik-online.pl), hasła: *dylemat*, *di*, *lemat*, z dn. 25.02.2010.

Najogólniej więc rzecz ujmując „dylemat” to sytuacja, w której dany podmiot ma możliwość podjęcia dwóch różnych działań, które w równej mierze wydają się pożądane, a kompromis lub rozłożenie ich wykonania w czasie jest niemożliwe¹²⁴.

Często w mowie potocznej „dylemat” określa się także jako „konflikt”. Są jednak różnice między dylematami a konfliktami. W dylemacie bowiem, jak wskazuje sam źródłosłów, mamy do czynienia z wyborem pomiędzy dwiema możliwościami działania - *tertium non datur*. W konflikcie natomiast podmiot staje często przed wyborem między wieloma wzajemnie wykluczającymi się możliwościami. Ponadto dylemat oznacza sytuację konieczności dokonania wyboru trudnego przede wszystkim subiektywnie i dotyczącego rozstrzygnięć moralnych, a konflikt obejmuje wybory trudne obiektywnie, dotyczące także wartości innych niż moralne. Mimo tych różnic pojęcia te używane są zamiennie, choć gdy się uznaje, że jedyna różnica między nimi to liczba wykluczających się możliwości, pomiędzy którymi dany podmiot musi dokonać wyboru, wtedy pojęcie konfliktu (co najmniej dwie możliwości) jest ogólniejsze od pojęcia dylematu (dokładnie dwie możliwości)¹²⁵.

Dylemat a problem

Należy także zauważyć różnicę pomiędzy dylematem a problemem. Słowo „problem” wzięte w podstawowym znaczeniu oznacza pytanie sformułowane w określonym języku i w kontekście pewnej wiedzy, w której odpowiada mu tzw. sytuacja pytajna, tj. brak potrzebnej wiedzy. W dziedzinie działania natomiast słowo to odnosi się również do sytuacji trudnych, wymagających rozwiązania. Synonimami „problemu” w pierwszym znaczeniu są „zagadnienie” i „kwestia”; a w znaczeniu drugim – „trudność”, „kłopot” itp. W związku z tym dylematy opisane i sformułowane w języku w postaci pytań wieloczłonowych zbliżają się do problemów rozumianych jako pytania, natomiast dylematy jako sytuacje zdefiniowane pragmatycznie są zbliżone do problemów w znaczeniu trudności. W przypadku dylematów jednak podstawowe znaczenie odnosi się do działania, tj. do sytuacji.

¹²⁴ Por. B. Chyrowicz: *O sytuacjach...*, s. 44.

¹²⁵ Por. tamże, s. 45-52.

Moralny czy etyczny?

Doprecyzowując pojęcia, należy także dokonać rozróżnienia pomiędzy tym, co etyczne, a tym, co moralne. Etyka to dział filozofii zajmujący się badaniem moralności i tworzeniem systemów, z których można wyprowadzać zasady moralne. Etycy zajmują się systematycznym badaniem natury moralności, jej źródeł, efektów, jakie moralność lub jej brak wywiera na ludzi oraz szukaniem podstawowych przesłanek filozoficznych, na których podstawie dałoby się w racjonalny sposób tworzyć zbiory nakazów moralnych. Poglądy etyczne przybierają zwykle formę teorii, na którą składa się zespół pojęć i wynikających z nich twierdzeń, będących podstawą moralnych nakazów lub zakazów. Zatem przedmiotem etyki nie jest działanie człowieka, ale bardziej wyznaczanie celów, wartości i norm, które winny rządzić owym działaniem¹²⁶. U podstaw etyki leży przekonanie, że człowiek może w pewnym stopniu dokonywać wyborów. To przekonanie w konsekwencji nakazuje zadać pytanie o to, co dokładnie człowiek powinien zrobić oraz kim lub czym jest *ja*, które dokonuje wyborów. Etyka dotyczy także relacji między człowiekiem a innymi (ludźmi, przyrodą, Bogiem). Ma ona określić, jak bardzo interesy jednej osoby powinny mieć pierwszeństwo (jeśli w ogóle) nad interesami innych¹²⁷.

Natomiast moralność to utrwalone w społeczności i działaniach jednostek postawy i standardy zachowania oraz zbiór zasad (norm), które określają, co jest dobre (słuszne, prawidłowe, nieszkodliwe, godne pochwały), a co złe (niesłuszne, nieprawidłowe, szkodliwe). Moralność jest więc częścią dziedzictwa kulturowego danej społeczności.

W związku z tymi rozróżnieniami problem etyczny to przede wszystkim pytanie, które powstaje na gruncie teorii etycznej i jej filozoficznych założeń, a dopiero wtórnie sytuacja; natomiast problem moralny to przede wszystkim trudna sytuacja, która powstaje w toku postępowania jednostki, w jej konkretnym działaniu. Analogicznie dylemat etyczny to zagadnienie na gruncie teorii etycznej odnoszące się do dylematu-sytuacji, a dylemat moralny to sytuacja na poziomie decyzji (działania) podmiotu. W tym znaczeniu problem etyczny jest pojęciem szerszym niż dylemat etyczny, a także problem moralny jest pojęciem szerszym niż dylemat

¹²⁶ Por. T. Ślipko: *Zarys etyki ogólnej*. Kraków 2002, s. 25.

¹²⁷ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 26-28; J. Pawlica: *Podstawowe pojęcia etyki*. Kraków 1994, s. 31-33.

moralny: nie każde bowiem pytanie etyczne dotyczy dylematu i nie każdą sytuację moralnie trudną nazwiemy dylematem.

Co się tyczy rozumienia „dylematu” to w analizach tej pracy chodzi przede wszystkim o sytuację, w której podmiot staje przed wyborem dwóch wzajemnie się wykluczających możliwości, których jednoczesne spełnienie jest niemożliwe. Określenie to jest więc bliskie standardowej definicji dylematu, jako że ów wybór podmiotu niekoniecznie musi dokonywać się na gruncie jednej teorii etycznej. Takie rozumienie „dylematu” jest dla rozważań poświęconych metodzie *in vitro* właściwe, ponieważ badania w tej dziedzinie ujawniają raczej dylematy na gruncie ścierających się koncepcji etycznych (ujęcie B. Chyrowicz, bardzo zawężające zakres dylematów, utrudnia mówienie o dylematach w tej dziedzinie). Słowo „dylemat”, rozumiane mniej rygorystycznie, będzie jednak również używane szerzej, na oznaczenie sytuacji trudnej, konfliktowej, często ocenianej negatywnie z różnych względów, domagającej się jakiegoś rozwiązania, określenia się, podjęcia decyzji lub działania.

Często stosowanym w rozważaniach terminem będzie także „problem”, rozumiany jako: pytanie domagające się odpowiedzi na gruncie etycznych założeń czy też moralnych powinności; a także (na co wskaże kontekst) jako trudna sytuacja, wymagająca podjęcia jakiegoś działania.

Należy zaznaczyć także, że w wielu kontekstach są aktualne wszystkie znaczenia omówionych pojęć. Niemożność wytyczenia ostrej między nimi granicy usprawiedliwia zatem ich zamienne użycie w pewnych fragmentach rozważań.

2. Problemy i dylematy związane z *in vitro* homologicznym

Nawet przypadki zapłodnienia homologicznego, w którym gamety pochodzą od przyszłych rodziców, wzbudzają pytania natury etycznej i dylematy moralne. Niektóre z nich są związane przede wszystkim z potencjalnymi rodzicami, inne są wyraźnie widoczne, gdy dokonuje się etycznej oceny zapłodnienia homologicznego od strony dziecka poczętego w ten sposób. Przystępując do tak uporządkowanego omówienia problemów i dylematów trzeba pamiętać, że niektóre z nich dotyczą nie tylko zapłodnienia homologicznego, tj. są aktualne również wtedy, gdy stosuje się gamety pochodzące od dawców.

2.1. Kwestie związane z rodzicami

Podstawowym dylematem moralnym, przed jakim stają przyszli rodzice, jest wybór: albo *in vitro* i nadzieja na posiadanie własnego potomstwa, albo pogodzenie się z losem i wybór innej drogi, np. adopcji. Dopiero decyzja o skorzystaniu ze sztucznego zapłodnienia otwiera wejście kolejnym problemom moralnym związanym z *in vitro*.

Najczęstszym motywem, który skłania małżonków (partnerów) do poddania się zabiegowi *in vitro*, jest spełnienie pragnienia rodzicielstwa (posiadania potomstwa), w sytuacji stwierdzonej u kobiety niezdolności do zajścia w ciążę lub dochowania w swym łonie poczętego dziecka, bądź innych powodów niepłodności u jednego lub obu z nich¹²⁸. Rozważając zasadność tego pragnienia w kontekście prawnym, trzeba pamiętać, że artykuł 16 Deklaracji Praw Człowieka ONZ z 1948 roku wprawdzie stwierdza, że „mężczyźni i kobiety, bez względu na różnice rasy, narodowości lub religii, mają prawo po osiągnięciu pełnoletniości do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny”, pozostaje jednak pytanie, czy sformułowana przed sześćdziesięciu dwu laty Deklaracja obejmuje także prawo do posiadania potomstwa, a zwłaszcza w wyniku sztucznego zapłodnienia.

Teoretycy tej problematyki podkreślają, że prawo do posiadania potomstwa należy rozumieć zarówno w sensie pozytywnym, jak i negatywnym. W znaczeniu pozytywnym chodzi o to, że gdy istnieje technologia wspomagania zapłodnienia u par niepłodnych lub ze słabą płodnością, wtedy właściwe jest udostępnianie jej wszystkim osobom, które chcą mieć dzieci. W sensie negatywnym chodzi o ingerencję w prawo ludzi do posiadania dzieci, co byłoby naruszeniem ich wolności i prywatności. Przyznanie prawa do posiadania potomstwa, także z wykorzystaniem *in vitro*, pociąga za sobą obowiązki innych, głównie tych, którzy decydują o możliwości skorzystania ze sztucznego zapłodnienia (np. rządu)¹²⁹. W tym kontekście nasuwają się ważne pytania. Czy prawo do posiadania potomstwa rzeczywiście ma charakter absolutny? Czy to, co jest możliwe dzięki rozwojowi

¹²⁸ Por. S. Olejnik: *Dar. Wezwanie. Odpowiedź. Teologia moralna*. T. 6, *Życie osobiste i współżycie międzyludzkie*. Warszawa 1990, s. 257; zob. także: Haberko J.: *Moralne i prawne aspekty dążenia małżonków do posiadania dziecka w kontekście techniki zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro)*. „Prawo i Medycyna” 2008, nr 10, s. 65-80.

¹²⁹ B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 121-122.

techniki i medycyny, jest niezbędne dla wszystkich? Czy z tego, że medycyna daje dziś możliwość sztucznej prokreacji, wynika prawo do jej stosowania?

Kolejną problemorodną sprawą jest oderwanie poczęcia od aktu małżeńskiego. Jeśli się uznaje, że człowiek powinien łączyć przekazywanie życia z miłością małżeńską, że prokreacja jest nie tylko aktem biologicznym, ale także osobowym, wtedy tylko naturalna prokreacja zapewnia parze małżeńskiej współzycie w harmonii ze swą ludzką naturą, natomiast sztuczne zapłodnienie in vitro tę ludzką zdolność zastępuje¹³⁰.

Technika, medycyna, zmiany kulturowe dostarczają sposobów rozluźnienia więzi między odwiecznymi partnerami – seksem i reprodukcją, które przez wieki były nieodłącznie związane. Dziś antykoncepcja pozwala na seks bez rozmnażania, zaś nowe techniki reprodukcyjne pozwalają na rozmnażanie bez seksu¹³¹. Robin Baker w swojej książce *Seks w przyszłości* zamieścił kilka opowiadań będących zobrazowaniem problemów związanych ze stosowaniem technik wspomagania rozrodu. W jednym z nich bohater (lekarz) wypowiada futurystyczne zdania: „Po prostu chciałbym oddzielić seks od reprodukcji, nic więcej. Każdemu wykonywano by zabieg po osiągnięciu dojrzałości płciowej [wazektomia lub podwiązanie jajników – przyp. autora] i rozmnażalibyśmy się przez zapłodnienie in vitro. (...) Ceny spadają. Poza tym państwu opłacałoby się dopłacać do niego. Proszę tylko pomyśleć. Każdy embryon przed zagnieżdżeniem badano by pod kątem obecności chorób genetycznych i każda ciąża byłaby planowana. Nie byłyby potrzebne aborcje, długoterminowa opieka nad ludźmi cierpiącymi na wiele strasznych chorób – a także leczenie bezpłodności, ponieważ osoby płodne i bezpłodne byłyby traktowane jednakowo. Zaoszczędzono by na tym fortunę”¹³². Ta literacka wypowiedź ogólnikowo dotyka wielu problemów etycznych związanych z technikami sztucznego wspomagania rozrodu. Najważniejszym problemem widocznym w kontekście przytoczonych wypowiedzi jest oderwanie prokreacji od zbliżenia partnerów seksualnych. W akcie zapłodnienia pojawia się osoba trzecia, co podważa ciągłość wewnątrzustrojowego procesu biologicznego zapoczątkowanego aktem

¹³⁰ Por. W. Bóło: *Życie w ludzkich rękach*. Warszawa 1997, s. 51-69; M. Szymańska: *Etyczne aspekty medycznie wspomaganey prokreacji i diagnostyki prenatalnej*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Kobyliński. Płock 2004, s. 109; S. Olejnik: *Sztuczne zapłodnienie. Etyka lekarska*. Katowice 1995, s. 33-37; A. Sujka: *Jan Paweł II o życiu*. Kraków 1999, s. 21-70.

¹³¹ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 114; zob. także: E. Yoxen: *Unnatural Selection*. London 1986.

¹³² Por. R. Baker: *Seks w przyszłości...*, s. 127.

płciowego zbliżenia i prowadzącego do zespolenia gamet¹³³. Nawet jeśli zapłodnienie jest homologiczne, tj. następuje w małżeństwie (wśród partnerów), to jednak razi ten składnik techniczny. Mówi się więc często o „stechniczowaniu”, a przez to o „odczłowieczeniu” prokreacji, towarzyszącym oddzieleniu aktu prokreacji od cielesnego i duchowego zespolenia małżonków¹³⁴. Należy zapytać, czy chęć posiadania potomstwa daje moralne prawo do zastępowania czy wręcz niszczenia tego, co jasno określiła natura? Czy wskutek upowszechnienia metody in vitro nie pojawi się groźba wyparcia naturalnej prokreacji? Czy wówczas jeszcze będzie można mówić o rodzeniu, reprodukcji, czy raczej o produkcji nowych istot ludzkich?

W kontekście powyższych pytań warto zestawić pogląd, uznawany zawsze za oczywisty, że stan ciąży jest wynikiem poczęcia dziecka¹³⁵, z faktem, że Międzynarodowa Federacja Położników i Ginekologów (FIGO – *International Federation of Obstetricians and Gynecologists*) stwierdza, że poczęcie życia ludzkiego powinno oddzielać się od stanu ciąży¹³⁶. Jest to związane z wprowadzeniem technik sztucznego zapłodnienia, w których żywe embriony, zwłaszcza nadliczbowe, są zamrażane i ich dalsze losy zależą od tego, czy dane im będzie zapoczątkować stan ciąży czy też nie. I ten fakt każe zapytać o granice ludzkiej ingerencji w naturę oraz o skutki, do jakich ta ingerencja może doprowadzić.

Inną ważną sprawą jest ryzyko powikłań dla matki, związane głównie ze stymulacją hormonalną, konieczną do wytworzenia większej niż w naturalnym procesie ilości komórek jajowych. Wśród wielu powikłań, najgroźniejszym jest zespół hiperstymulacji jajników. Ponadto stymulacja hormonalna odbija się także na dziecku¹³⁷. Można wprawdzie powiedzieć, że jeśli kobieta decydująca się na in vitro, zdaje sobie sprawę z konsekwencji tego zabiegu, ryzyko bierze na siebie, a ponadto – naturalna ciąża też niesie ze sobą możliwość szeregu komplikacji¹³⁸. Z drugiej

¹³³ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka...*, t.1, s. 187.

¹³⁴ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 180.

¹³⁵ Por. B. Chazan: *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa 1997, s. 55-79; R. Klimek: *Położnictwo*. Warszawa 1988, s. 17-39.

¹³⁶ Por. FIGO: *Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction*. „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 1997, nr 104, s. 511-512.

¹³⁷ Por. G. Jørgensen: *Farmakogenetyka*. W: *Farmakologia kliniczna i farmakoterapia*. Warszawa 1976, s. 112-127; zob. także: Kacalska O.: *Przebieg ciąż uzyskanych w wyniku stosowania technik rozrodu wspomaganego*. „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” 2006, nr 5, s. 14-27.

¹³⁸ Por. P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 88-89; B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 112.

jednak strony pozostaje pytanie, gdzie są granice ryzyka? W kontekście danych medycznych należy zapytać, czy szlachetna przesłanka, mówiąca o potrzebie i chęci posiadania potomstwa, usprawiedliwia świadome podejmowanie ryzyka wystąpienia tak poważnych powikłań, włącznie z utratą życia przez kobietę, a niekiedy i upragnionego dziecka? Czy ryzyko przedwczesnego porodu, ciąży mnogiej i ewentualnych powikłań około i poporodowych jest uzasadnione? Czy pragnienie posiadania potomstwa związane z przyzwoleniem na stosowanie embrioredukcji nie zaprzecza samej idei rodzicielstwa?

Kolejna sprawa dotyczy pobrania gamet od małżonków (partnerów). W przypadku kobiety dokonuje się chirurgicznego pobrania komórki jajowej, co również niesie pewne zagrożenia dla przyszłej matki. Poboru gamet męskich najczęściej dokonuje się poprzez masturbację, która jako niezwiązana z prokreatywnym przeznaczeniem ludzkiej płciowości, także może wzbudzać wątpliwości. W sztucznym zapłodnieniu stanowi ona czynność odrębną, którą stosuje się jako środek do późniejszego wykorzystania przy zapłodnieniu¹³⁹. Pytanie brzmi więc – czy jest usprawiedliwiona w kontekście spełnienia dobrego z natury pragnienia posiadania potomstwa?

Pytanie, czy rodzicom przysługuje prawo do skorzystania z metody in vitro, staje się o wiele bardziej zasadne w sytuacji, gdy mogliby mieć dziecko w sposób naturalny, a tym, co skłania ich do tej metody, jest tylko pragnienie posiadania potomstwa o określonych cechach psychicznych i fizycznych¹⁴⁰.

Jeszcze inne problemy dotyczą starszych matek. Górny limit wieku dla płodności wyznaczała do niedawna menopauza (ok. 50 rok życia). Techniki in vitro umożliwiają ominięcie tej bariery. Zapłodnienie komórek jajowych zamrożonych po hiperstymulacji pozwala na zachodzenie w ciążę do 60 roku życia a nawet i później. Czy stare matki mogą świadomie pozbawiać swoje dzieci normalnych oczekiwań wobec rodzica, tj. spełnienia obowiązków wymagających sprawności fizycznej i psychicznej? To pytanie dotyczy także starych ojców¹⁴¹.

Ważne pytania dotyczą także związku (najczęściej małżeńskiego) osób, decydujących się na sztuczne zapłodnienie metodą in vitro. Długotrwałość procesu

¹³⁹ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 184-185.

¹⁴⁰ Por. P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 93. Kwestie związane z zasygnalizowaną tu eugeniką będą omówione w dalszych częściach pracy, w kontekście diagnostyki preimplantacyjnej i konieczności wyboru zarodka przeznaczonego do transferu w drogi rodne kobiety.

¹⁴¹ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 116.

leczenia może bowiem osłabić więzi dwojga ludzi, w sytuacjach podwyższonego stresu może dochodzić do nieporozumień i kłótni, aż do rozstania włącznie. Które z dóbr: posiadanie potomstwa czy trwałość związku kobiety i mężczyzny ma większą wartość? Czy wielokrotne, wspomagane różnymi technikami próby zajścia w ciążę i związana z nimi trauma po stracie dziecka lub nieudanej próbie oraz czasochłonny i bardzo angażujący (również materialnie) proces leczniczy, a także możliwe rozterki światopoglądowo-etyczne są adekwatne do zamierzonego celu?¹⁴²

Na uwagę zasługuje także pytanie, czy można decydować się na sztuczne zapłodnienie *in vitro* w sytuacji długotrwałej i ciężkiej choroby jednego z partnerów. Sytuacje takie zostały opisane. Wspomnieć można choćby o Diane Blond, która została zapłodniona nasieniem pobranym od męża, gdy był w stanie śpiączki, tuż przed jego śmiercią¹⁴³. W takich sytuacjach nasuwa się pytanie o możliwość i moralną ocenę zapłodnienia *post mortem*. Współczesna technika medyczna pozwala bowiem na długotrwałe przechowywanie gamet¹⁴⁴. Możliwości te mogą być także realizowane w zakresie wykorzystania komórek jajowych.

Odrębną sprawą jest konieczność poniesienia przez przyszłych rodziców, ale także całe społeczeństwo, pewnych nakładów, które umożliwiają stosowanie *in vitro*. Chodzi nie tylko o opłacenie samej metody, ale także o czas pracy lekarzy, ich przygotowanie (wiedza i umiejętności), wyposażenie szpitali i klinik. Środki te przecież mogłyby być wykorzystane na inne cele. W warunkach polskich, czyli mocno odczuwanego braku środków, natychmiast nasuwają się pytania o priorytety: jak poważnym stanem jest bezpłodność; czy rzeczywiście wymaga ona zdobywania dużych sum pieniędzy, niejednokrotnie zbytnio obciążając i domowe budżety (np. kwestia kredytów), i budżet służby zdrowia; czy walka z bezpłodnością powinna być przedkładana nad zwalczanie innych schorzeń, też wymagających dużych nakładów finansowych?¹⁴⁵ Poza parą decydującą się na *in vitro*, pytania o koszty dotyczą każdego obywatela, który być może wolałby przekazać je na inne cele, np. walkę z rakiem. Pytania te są obecnie w Polsce szczególnie aktualne, gdyż toczy się dyskusja o finansowaniu *in vitro* z budżetu państwa.

¹⁴² Por. S. Olejnik: *Dar. Wezwanie. Odpowiedź...*, s. 258.

¹⁴³ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 112.

¹⁴⁴ Por. M. Nestorowicz: *Prokreacja medycznie wspomagana i inżynieria genetyczna – konieczność regulacji prawnych*. <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=133>, z dn. 23.04.2010.

¹⁴⁵ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 122.

2.2. Pytania dotyczące dziecka

Cały proces zapłodnienia, także z wykorzystaniem metody *in vitro*, jest nastawiony na dziecko. Nasuwa się jednak bardzo wiele pytań i dylematów związanych z prawami dziecka. Po pierwsze, czy nie dochodzi do pogwałcenia prawa dziecka do przyjścia na świat w naturalny sposób? Czy prawo to musi ustąpić prawu rodziców do posiadania potomstwa? Czy prawo dziecka do indywidualności nie ustępuje potrzebie rodziców do realizowania swoich marzeń przy pomocy dziecka? Czy zdrowie przyszłego dziecka nie powinno być sprawą najważniejszą? Jak wiadomo, dzieci z *in vitro* znacznie częściej rodziły się przedwcześnie i z niską masą urodzeniową¹⁴⁶. Nawet jeśli bieżące niepełne dane nie mówią nic o negatywnych skutkach stosowania tego rodzaju technik, to nie ma pewności, czy negatywne konsekwencje nie pojawią się w przyszłych pokoleniach. Warto więc, decydując się na *in vitro*, wziąć pod uwagę ewentualne cierpienia psychiczne i inne, jakie mogą stać się udziałem dzieci urodzonych tą metodą w okresie dzieciństwa, dorastania i dorosłości¹⁴⁷.

Proces, który sterowany był przez naturę przez miliony lat, jest teraz przejmowany przez człowieka. Naukowcy sami wskazują na pewne mechanizmy (np. oporność zamrażanych komórek jajowych, czy dojrzewających poza ciałem kobiety na połączenie się z plemnikiem), które wymuszają stosowanie dodatkowych środków, aby doprowadzić do zapłodnienia. Czy za ingerowanie w proces zapłodnienia nie przyjdzie zapłacić przyszłym pokoleniom?

Zasadne jest także pytanie o zagrożenie życia i integralności zygot wykorzystywanych do sztucznego zapłodnienia. Niewystarczający dziś stan wiedzy genetycznej uniemożliwia bowiem poznanie i kontrolowanie wielu czynników mogących ujemnie wpływać na proces formowania się zygoty i jej przeszczepiania w organy rodne kobiety. Okoliczności towarzyszące metodzie *in vitro* (stały dozór monitorowy, stosowanie lekarstw, chirurgiczne operacje połączone z koniecznością usypiania) wywołują znaczny stres u pacjentek, co nie pozostaje bez wpływu na psychofizyczny stan zygoty, a więc w przyszłości dziecka. Ponadto gamety a następnie embriony są narażone na uszkodzenia wskutek użycia instrumentów,

¹⁴⁶ Por. R. Baker: *Seks w przyszłości...*, s. 104.

¹⁴⁷ Por. R. Dębski, A. Tulczyński: *Rozród wspomagany człowieka w świetle norm deontologicznych*. Warszawa 1997, s. 21-104.

różnicy temperatur itp., co może doprowadzić do poważnych anomalii czy nawet ich śmierci. Wiele urodzonych tą metodą dzieci przychodzi na świat z defektami organicznymi. obrońcy sztucznego zapłodnienia podnoszą wszakże argument, że procent takich dzieci jest podobny do tych, które przyszły na świat w sposób naturalny, zapominając przy tym, że przy zapłodnieniu in vitro, przed implantacją następuje selekcja i wyeliminowanie zarodków, u których dzięki diagnostyce preimplantacyjnej wykryto jakieś wady (zdefektowane embriony zabija się przed implantacją)¹⁴⁸.

Wiadomo, że ze względu na małą skuteczność techniki in vitro zapłodnienie więcej niż jednego zarodka jest konieczne. Kto i według jakich kryteriów ma decydować o tym, który z embrionów stanie się oczekiwanym dzieckiem, a który zostanie wykorzystany do innych celów?¹⁴⁹ Jeśli przyjmuje się, że człowiek powstaje w momencie zapłodnienia, to jakie jest usprawiedliwienie dla decydowania o tym, który z zarodków może żyć, a które należy zniszczyć? Los zarodka znajdującego się poza ciałem matki jest więc niepewny. Możliwe jest jego odrzucenie na drodze selekcji przez lekarza, poddanie go zamrożeniu na dalsze potrzeby w badaniach i eksperymentach naukowych, możliwa jest także śmierć matki przed transferem oraz ewentualna zmiana decyzji kobiety¹⁵⁰. W tym kontekście najistotniejsze wydaje się pytanie, czy można powoływać życie kosztem życia? Czy dziecko, które przyjdzie na świat dzięki in vitro, nie zada kiedyś pytania, dlaczego żyję ja, a nie moi bracia czy siostry?¹⁵¹ Sprawa transferu zarodków do macicy wywołuje więc problem związany z prawem do życia istoty ludzkiej. Ponadto wydłużanie czasu wzrostu zarodka poza organizmem kobiety podważa prawo człowieka do godnego poczęcia i rozwijania się w łonie matki od pierwszych dni życia, kiedy nawiązuje się pomiędzy dzieckiem a matką niepowtarzalna więź wpływająca na całe życie człowieka.

¹⁴⁸ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 186-187; S. Olejnik: *Dar. Wezwanie. Odpowiedź...*, s. 258-259

¹⁴⁹ Por. P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 89.

¹⁵⁰ Por. M. Łączkowska: *Rodzinnoprawne dylematy wspomaganej prokreacji. W: Dawanie życia...*, s. 100.

¹⁵¹ Por. S. Olejnik: *Dar. Wezwanie. Odpowiedź...*, s. 260.

3. Problemy i dylematy związane z in vitro heterologicznym

Drugą zasadniczą odmianą in vitro jest zapłodnienie heterologiczne, w którym jedna albo obie gamety pochodzą od dawców. Dlatego obok problemów dotyczących rodziców i dziecka dochodzą dylematy związane z dawstwem gamet; zostaną natomiast pominięte kwestie omówione już przy odmianie homologicznej (np. zespół hiperstymulacji i ryzyko podejmowane przez matkę, koszty techniki).

3.1. Trudności dotyczące rodziców

W ocenach skutków zapłodnienia in vitro heterologicznego podkreśla się możliwość destrukcyjnego wpływu na życie małżeństwa i rodziny. Pierwszy problem dotyczy świadomości obcego, pozamałżeńskiego źródła zapłodnienia. Wykorzystanie gamet pochodzących od dawców może oddalić małżonków do siebie, być zarzewiem konfliktów, a nawet powodem rozpadu małżeństwa. Ponadto pojawia się pytanie o akceptację dziecka, które całkowicie lub częściowo będzie niespokrewnione z rodzicami¹⁵². Często podkreśla się, że dziecko cementuje związek. Czy będzie tak i w przypadku in vitro heterologicznego?

Ważne jest także pytanie o szczerą intencję, które skłaniają przyszłych rodziców do metody in vitro, zwłaszcza w przypadku zapłodnienia heterologicznego. Nie zawsze bowiem na pierwszym miejscu musi być dobro dziecka, ale głównym motywem może być po prostu zaspokojenie pragnienia posiadania potomstwa. Jest to nastawienie, w którym najważniejszy jest cel (jedno dziecko), a nie liczą się środki (wiele uśmierconych zarodków). Przecież można byłoby adoptować już żyjące dziecko i obdarzyć je miłością. Zwłaszcza w sytuacji, gdy oboje partnerzy są bezpłodni i muszą korzystać z banków gamet, dziecko powstałe w wyniku sztucznego zapłodnienia nie będzie ich biologicznym dzieckiem, będzie genetycznie obce. W związku z tym adopcja dziecka innych rodziców nie różni się w istocie od urodzenia dziecka niespokrewnionego z żadnym z rodziców. Jedyną przyczyną, dla której pary te nie decydują się na adopcję, jest prawdopodobnie pragnienie

¹⁵² Por. L. Niebrój: *U początków...*, s. 116; T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 175.

doświadczenia tych samych przeżyć, które są udziałem par płodnych¹⁵³. Pytanie jednak, czy aby na pewno wówczas dobro dziecka jest na pierwszym miejscu?

Przy tej odmianie in vitro może dochodzić do bardzo wielu kombinacji dotyczących przyszłych rodziców, zwłaszcza gdy dołączy się jeszcze instytucję matki zastępczej. Można więc w tych przypadkach mówić o rodzicach zamierzonych, którzy chcą mieć dziecko, rodzicach genetycznych, którzy dostarczają gamety, matki zastępczej, która nosi ciążę i rodzi dziecko, i rodzicach wychowujących, którzy utrzymują i wychowują dziecko. Tradycyjnie ta sama kobieta wykonuje wszystkie cztery role. Przy zastosowaniu metod wspomaganego rozrodu w niektórych przypadkach mogą brać udział cztery różne kobiety i trzech lub więcej różnych mężczyzn¹⁵⁴. Dla przykładu:

1. państwo AA pragną mieć potomstwo, ale nie mogą go posiadać z uwagi na swoją bezpłodność;
2. wykorzystują gamety pani B i pana C;
3. ponadto korzystają z usługi matki zastępczej M;
4. ostatecznie jednak rezygnują z posiadania dziecka, a jego wychowaniem zajmą się państwo DD.

Role matki są zatem realizowane kolejno przez panią: A – która miała zamiar mieć dziecko; panią B – która dała komórkę jajową; panią M – która nosiła i urodziła dziecko; panią D – która je wychowuje. Role ojca, po panu A, który pragnął dziecka, przejmuje pan C, który był dawcą plemników, ostatecznie zaś wychowaniem dziecka zajął się pan D, który niekoniecznie musi być ostatnim partnerem pani D, a co za tym idzie – ojczymem dziecka. Ten skrajny przykład każe zapytać, czy nie ma tu miejsca postawienie na głowie tego wszystkiego, co przez miliony lat było jasno wyznaczone przez naturę i panujący w niej porządek?

Wspomniany już artykuł 16 Deklaracji Praw Człowieka ONZ, określający prawo do posiadania potomstwa jest, w kontekście in vitro heterologicznego, źródłem kolejnych pytań. W obecnym społeczeństwie, zwłaszcza społeczeństwie zachodnim, ale i w Polsce, żyje bardzo wiele par heteroseksualnych nie będących małżeństwem. Nie bez znaczenia jest także fakt, że w związkach pozostają również pary homoseksualne – coraz częściej oficjalnie, a nawet w niektórych krajach w zgodzie z prawem. Wspomnieć należy także o osobach (mężczyznach i kobietach),

¹⁵³ Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 91.

¹⁵⁴ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 116.

które z własnego wyboru żyją samotnie, ale pragną mieć potomstwo. Czy wszystkim wyżej wymienionym należy przyznać takie samo prawo do posiadania potomstwa jak małżeństwom, jeśli pozwala na to użycie zapłodnienia in vitro heterologicznego oraz wynajem surogatki (matki zastępczej)?¹⁵⁵

3.2. Kwestie dotyczące dziecka

Gdy oboje partnerzy są bezpłodni, dochodzi – w wyniku zapłodnienia heterologicznego – do urodzenia dziecka, które jest niespokrewnione z rodzicami. Czy można odbierać dziecku prawo do wychowania przez biologicznych rodziców? W przypadku adopcji dziecka, prawo to zostaje odebrane dziecku na skutek np. panującej w rodzinie patologii, wypadku losowego itp. Natomiast w przypadku metody in vitro prawo do wychowania przez biologicznych rodziców zostaje odebrane już w chwili podjęcia decyzji przez przyszłą matkę¹⁵⁶. Dziecko więc nie będzie znało swoich rodziców lub pozna ich jako dawców gamet? Podważa to prawo dziecka do bycia wychowywanym przez własnych rodziców oraz prawo do chociażby poznania własnych rodziców¹⁵⁷. Czy groźba nienawiązania właściwej więzi emocjonalnej z matką i ojcem (zwłaszcza w przypadku gamet heterologicznych) nie sprzeciwia się prawu dziecka i jego potrzebom do bycia kochanym przez rodziców?¹⁵⁸ Co z prawem dziecka do samoidentyfikacji i potrzebą tożsamości?¹⁵⁹ Nasuwa się pytanie, jaka przesłanka pozwala pogwałcić tak ważne prawa dziecka, które ma przyjść na świat? Jak odbije się brak ciągłości genetycznej na jego rozwoju?

Kolejny problem etyczny staje się aktualny, gdy na metodę in vitro decyduje się samotna kobieta. Nawet jeśli komórka jajowa pochodzi od niej, nasienie męskie pochodzi od anonimowego dawcy. Po pierwsze więc dziecko, które przyjdzie na świat, nie będzie miało spokrewnionego ojca. Ale o wiele ważniejszym z punktu widzenia oceny moralnej jest sam zamiar kobiety do posiadania i wychowywania dziecka bez ojca. Należy wprowadzić pamiętać, że sytuacja dziecka, które przyszło na

¹⁵⁵ Por. tamże, s. 121; L. Niebrój: *U początków...*, s. 117.

¹⁵⁶ Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 92.

¹⁵⁷ Por. L. Niebrój: *U początków...*, s. 115.

¹⁵⁸ Por. W. Stojanowska: *Dowód z badań DNA a inne dowody w procesach o ustalenie ojcostwa*. Warszawa 2000, s. 19.

¹⁵⁹ Por. A. Zielenacki: *Prawo do znajomości własnego pochodzenia*. „*Studia Prawnicze*” 1993, nr 1, s. 102-103.

świat w ten sposób nie różni się od sytuacji dziecka, które zostało porzucone przez jednego z rodziców lub straciło go w wyniku spraw losowych, ale dla moralnej oceny istotny jest nie ostateczny skutek, ale pierwotny zamiar spowodowania tegoż skutku¹⁶⁰.

Inne pytanie dotyczy możliwych konsekwencji tego, że dawca nasienia lub dawczyni komórki jajowej będą wnosić o ustalenie swoich praw do dziecka? Jak będzie czuło się dziecko rozrywane między rodziców wychowujących a rodziców biologicznych? Relację tę można odwrócić i zapytać o prawo do spadku po zmarłym rodzicu. Dzieci mają prawo korzystać z dóbr, i to w bardzo szerokim rozumieniu, wypracowanych przez swoich rodziców. Pozbawienie tego dzieci, które przyszły na świat drogą in vitro heterologicznego, staje się pewną formą dyskryminacji¹⁶¹. Takich dylematów i pytań związanych z kwestiami prawnymi można by wymienić znacznie więcej¹⁶².

Ostatnią bardzo ważną sprawą jest niebezpieczeństwo kazirodztwa. Na etapie „zonglowania” gametami pojawia się to zagrożenie bardzo wyraźnie. Wiadomo bowiem, że dzieci, które przyszły na świat drogą in vitro heterologicznego, gdy dorosną, będą zakładać własne rodziny. Czy nie trzeba będzie przed zawarciem związku sprawdzać, czy przyszła żona lub mąż nie jest siostrą lub bratem?¹⁶³

Skoro więc tak wiele trudności prawnych, emocjonalnych, zdrowotnych powstaje wokół in vitro heterologicznego, czy jest ono moralnie dopuszczalne, a jeśli tak, to co za owym dopuszczeniem przemawia?

3.3. Pytania związane z dawstwem gamet

Skoro życie człowieka jest najwyższą wartością, to nie mniejszą wartość posiada możliwość bycia rodzicielem – sprawcą przyjścia na świat człowieka. Fakt ten, w kontekście metody in vitro, implikuje pytanie, czy można dzielić się prawem przekazywania życia z innymi, oddając na ich użytek swoje gamety (spermę i komórki jajowe), nierzadko także żądając ze tę „usługę” zapłaty. W bankach gamet komórki płciowe stają się towarem, który można nabyć. Czy ejakulacja

¹⁶⁰ Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 92.

¹⁶¹ Por. L. Niebrój: *U początków...*, s. 122.

¹⁶² Por. A. Dyoniak: *Wpływ woli osób bezpośrednio zainteresowanych na powstanie stosunku prawnego rodzice-dzieci w przypadku nienaturalnej prokreacji*. „*Studia Prawnicze*” 1993, nr 2-3, s. 58.

¹⁶³ Por. L. Niebrój: *U początków...*, s. 118.

i jajczkowanie nie stają się wyłącznie usługą świadczoną kupującym przez sprzedających?¹⁶⁴ Jak zauważa Lawrence Hinman „niebezpieczeństwo, przed którym stoimy, jeśli chodzi o rozwój technologii reprodukcyjnych, polega na tym, że wzrośnie tendencja czynienia z wszystkiego towaru. Zbliżymy się niebezpiecznie do linii – a według niektórych już ją przekroczyliśmy – kupowania i sprzedawania plemników, komórek jajowych i nawet udostępniania macicy”¹⁶⁵. Z tym zagadnieniem wiąże się jeszcze tzw. turystyka reprodukcyjna, której celem jest uniknięcie wszelkich konsekwencji prawnych, jeśli pewne działania w danym kraju nie są dozwolone.

Na przykład w Wielkiej Brytanii dawcy nasienia są opłacani – 15 funtów plus poniesione koszty usługi. Następnie przy wyborze spermy próbuje się dobrać cechy fizyczne, takie jak budowa ciała i kolor oczu dawcy i przyszłego ojca. W USA dawcy ogłaszają się w Internecie, działa tam system w pełni komercyjny. Podobnie rzecz ma się z wykorzystaniem komórki jajowej od dawczyni. W Wielkiej Brytanii za dawstwo komórki nie można otrzymać zapłaty, ale w USA istnieje rozwinięty rynek ludzkich komórek jajowych i kobiety zyczą sobie 3000-6000 dolarów za partię dziesięciu komórek jajowych¹⁶⁶.

Warto zadać pytanie o zakres odpowiedzialności moralnej dawców komórek w sytuacji, gdy formalni rodzice, z różnych przyczyn (np. śmierci) przestaną móc sprawować opiekę nad dzieckiem. Z jednej strony obarczenie dawców odpowiedzialnością za los dziecka powstałego z ich gamet byłoby równoznaczne z przyznaniem im pewnych praw. To pociąga za sobą konieczność dookreślenia praw dawców i praw formalnych rodziców. Z drugiej jednak strony jeśli uznać, że bliskie biologiczne pokrewieństwo jest bez znaczenia, a najważniejsza jest emocjonalna więź między dzieckiem i jego formalnymi rodzicami, wówczas przyznałoby się moralne prawo do porzucania własnych dzieci jedynie z powodu braku emocjonalnej więzi¹⁶⁷.

¹⁶⁴ Por. K. Szewczyk, *Bioetyka...*, t. 1, s. 199 i n.; L. Niebrój: *U początków...*, s. 117-118.

¹⁶⁵ L. Hinman: *Reproductive Technology and Surrogacy. An Introduction to the Issues*. <http://ethics.sandiego.edu/LMH/Papers/Introduction%20to%20Reproductive%20Technologies.html>, z dn. 16.04.2010.

¹⁶⁶ Por. B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 115; zob. także: R. Gosden: *Designer Babies: the brave new world of reproductive technology*. Phoenix-London 1999.

¹⁶⁷ Por. P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 92.

4. Problemy i dylematy wspólne dla obu odmian in vitro

Wiele z etapów i konkretnych działań związanych z metodą in vitro jest wspólnych dla obu jej odmian: homologicznego i heterologicznego. Celem tej części pracy jest wyodrębnienie problemów i dylematów moralnych z nimi związanych. Uwzględnione zostaną kolejno: diagnostyka preimplantacyjna i oparty na jej wynikach wybór zarodka, który zostanie wszczepiony do macicy; możliwość ciąży mnogiej oraz stosowanie embrioredukcji, która ma przed takową ciążą chronić; instytucja matki zastępczej; los nadliczbowych embrionów; oraz powinności lekarza przeprowadzającego zabieg sztucznego zapłodnienia in vitro.

4.1. Diagnostyka preimplantacyjna i wybór zarodka

Diagnostyka preimplantacyjna to zespół nowoczesnych metod diagnostycznych, służących badaniu rozwoju wczesnego embrionu w okresie od zapłodnienia do implantacji, które mają na celu określenie stanu embrionu, zwłaszcza pod względem jakości jego informacji genetycznych¹⁶⁸. Z zagadnieniem diagnostyki preimplantacyjnej i wyborem zarodka, który zostanie wszczepiony w drogi rodne kobiety, ściśle wiążą się więc kwestie inżynierii genetycznej oraz myślenia eugenicznego.

4.1.1. Inżynieria genetyczna

Przełomowym i wyjątkowym wydarzeniem było odkrycie w 1953 roku przez J. Watsona i F. Cricka struktury DNA. Dało ono początek nowej epoce poznania ludzkiego oraz ingerowania w strukturę organizmów żywych technikami inżynierii genetycznej¹⁶⁹. Podstawowym pojęciem inżynierii genetycznej jest pojęcie genomu. Genom to całość (kompletny zestaw chromosomów) informacji genetycznej danej komórki. Obejmuje on zarówno geny i inne (niekodujące) sekwencje DNA. Projekt Poznania Genomu Człowieka to inicjatywa badawcza oparta na międzynarodowej współpracy, która ma na celu utworzenie dokładnych genetycznych i fizycznych map

¹⁶⁸ Por. M. Machinek: *Diagnostyka preimplantacyjna*. W: *Encyklopedia Bioetyki...*, s. 114.

¹⁶⁹ Por. W. Bołoz: *Nowy wspaniały świat. Etyczne aspekty inżynierii genetycznej*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Kobyliński. Płock 2004, s. 67.

każdego z 24 ludzkich chromosomów oraz określenie całej sekwencji 3 miliardów nukleotydów, tworzących genom ludzki¹⁷⁰.

Najogólniej rzecz ujmując inżynieria genetyczna to zespół technik służących do tworzenia organizmów o nowych cechach genetycznych, które dokonuje się poprzez świadome i bezpośrednie zmienianie materiału genetycznego organizmu. Trzeba zaznaczyć, że takie możliwości nie są tylko efektem ludzkiego myślenia i działania, zmiana bowiem cech genetycznych poprzez przyjęcie obcego materiału genetycznego jest zjawiskiem wstępującym od dawna w przyrodzie. Takie możliwości wykazują choćby wirusy infekujące komórkę¹⁷¹.

Gdy celem inżynierii genetycznej jest leczenie wadliwego genu, wówczas mówi się o terapii genetycznej. Jej celem może być jednak polepszanie poszczególnych cech organizmu lub ich zespołu, a co za tym idzie – ulepszanie gatunku¹⁷². W drugim przypadku często genetyków oskarża się o przyznawanie sobie kompetencji Boga lub natury. „Ingerowaniem w dzieło Stwórcy” określono np. uchwaloną w 1999 roku przez Parlament Europejski ustawę zezwalającą w niedalekiej przyszłości na obejmowanie patentem sztucznie wytworzonych genotypów roślinnych, zwierzęcych i ludzkich¹⁷³. Da się także przeczytać opinie, że inżynieria genetyczna wywołuje często przerażenie, a nawet panikę¹⁷⁴.

Ponieważ główną przyczyną zaburzeń zdrowotnych oraz śmiertelności dzieci są wrodzone wady rozwojowe i choroby dziedziczne, więc w krajach uprzemysłowionych (Europa, Ameryka Północna) szczególny nacisk kładzie się na diagnostykę preimplantacyjną i prenatalną. Diagnostyka genetyczna, za pomocą różnych technik, umożliwia stwierdzenie w embrionie przed implantacją zmian genetycznych, zaś diagnostyka prenatalna ma umożliwić rozpoznanie przebiegu

¹⁷⁰ Por. B. Chyrowicz: *Genom. Poznanie genomu*. W: *Encyklopedia Bioetyki...*, s. 209; B. Chyrowicz: *Struktura i informacja. O normatywnym statusie genomu człowieka*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęśna. Łódź 2001, s. 133-149; B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko...*, s. 52-65; F. Fukuyama: *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*. Kraków 2004, s. 104-117.

¹⁷¹ Por. T. Kraj: *Inżynieria genetyczna*. W: *Encyklopedia Bioetyki...*, s. 260.

¹⁷² Por. W. Bołoz: *Nowy wspaiały świat...*, s. 68; zob. także: W. Gajewski, P. Węgleński: *Inżynieria genetyczna*. Warszawa 1986; K. Kloskowski: *Bioetyczne aspekty inżynierii genetycznej. Wybrane problemy*. Warszawa 1995; R. Wachbroit: *Human genetic engineering*. W: *Encyclopedia of Bioethics*. Red. W. Reich. New York 1995; Hołówka J.: *Manipulacje na ludzkich zarodkach*. „Prawo i Medycyna” 2008, nr 1, s. 41-64; A. Muszala: *Wybrane zagadnienia etyczne z genetyki medycznej*. Kraków 1998, s. 11-96.

¹⁷³ Por. J. Jaroń: *Bioetyka...*, s. 141.

¹⁷⁴ Por. R. Wotson: *Manipulacje genetyczne*. Warszawa 1998, s. 45.

rozwoju płodu i wykrycie ewentualnych chorób¹⁷⁵. Aby to osiągnąć, stosuje się badania przesiewowe (screening), których celem jest rozpoznanie bezobjawowych nosicieli choroby w całej populacji lub jej części, szczególnie zagrożonej, w możliwie wczesnym stadium, aby podjąć stosowne leczenie¹⁷⁶.

4.1.2. Nastawienie eugeniczne

Z diagnostyką preimplantacyjną wiąże się eugenika. Eugenika (gr. *eugenes*) – „dobrze urodzony”, „mający dobre pochodzenie”, wywodzi się od Francisa Galtona, kuzyna Karola Darwina, który w 1883 roku, pod wpływem teorii ewolucji, zaproponował wyhodowanie człowieka wyższej rasy. Chodziło o to, by bardziej przydatnym rasom i liniom krwi umożliwić szybsze zdobycie przewagi nad mniej przydatnymi¹⁷⁷.

Warto zaznaczyć, że choć za ojca eugeniki uważa się Francisa Galtona, tego typu myślenie znane było już w starożytności. Na przykład Platon w *Państwie* (księga V) proponował dobieranie partnerów pod kątem jak najlepszej kondycji biologicznej potomstwa, a także zalecał eksterminację ułomnych dzieci, by nowe społeczeństwo było wolne od wszelkich wad i słabości¹⁷⁸.

Eugenika robiła karierę w Stanach Zjednoczonych znacznie szybciej niż w nazistowskich Niemczech¹⁷⁹. Na przykład do 1943 roku obowiązywało w USA prawo pozwalające na sterylizację osób niezdatnych genetycznie do prokreacji, zwłaszcza pacjentów zakładów psychiatrycznych. Dużą aprobatą cieszyło się bardzo restrykcyjne prawo małżeńskie i promocja rozrodczości osób o cechach pożądanych.¹⁸⁰

W Niemczech hitlerowskich prowadzono świadomą politykę eliminowania ze społeczeństwa tzw. elementów niekorzystnych: niesprawnych fizycznie i psychicznie, kryminalistów oraz mniejszości etnicznych¹⁸¹. Pod hasłem czystości

¹⁷⁵ Por. W. Bołoz: *Nowy wspaniały świat...*, s. 77; K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 2, s. 71-72.

¹⁷⁶ Por. N. Bossa, R. Jäkle: *Hexal. Podręczny leksykon medycyny*. Wrocław 1996, s. 617.

¹⁷⁷ Por. F. Galton: *Inquiries into human faculty and its development*. London 1883, s. 25; zob. także: M. Lapp: *Eugenics. Ethical Aspects*. W: *Encyclopedia of Bioethics*. Red. W. Reich. New York 1995.

¹⁷⁸ Por. B. Chyrowicz: *Eugenika*. W: *Encyklopedia Bioetyki...*, s. 182.

¹⁷⁹ Rzeczywistym ojcem wypaczonej eugeniki był Charles Benedict Davenport, wnuk Galtona; por. E. Black: *Wojna przeciw słabym. Eugenika i amerykańska kampania na rzecz stworzenia rasy panów*. Warszawa 2004.

¹⁸⁰ Por. B. Eadie: *Eugenika*. W: *Słownik pojęć współczesnych*. Red. A. Bullock. Katowice 1999, s. 151.

¹⁸¹ Por. W. Bołoz: *Nowy wspaniały świat...*, s. 82.

rasy została w tym kraju w 1933 roku wprowadzona ustawa sterylizacyjna, nakazująca tego typu działanie wobec osób, które nie spełniały odpowiednich warunków do bycia częścią tej rasy¹⁸².

Podejście eugeniczne jest także stosowane przez Żydów Aszkenazyjskich. Wśród tej populacji jedna na dwadzieścia osób jest nosicielem genu choroby Tay-Sachsa. Aby ograniczyć sytuację, gdy oboje rodzice są nosicielami tego genu, Komitet Zapobiegania Chorobom Genetycznym organizuje wśród młodzieży szkolnej i studentów badania krwi. Osoby, które poddadzą się tym badaniom, otrzymują numer identyfikacyjny. Przed zawarciem związku małżeńskiego następuje sprawdzenie danych genetycznych. Dzięki temu przypadki choroby zostały praktycznie wyeliminowane¹⁸³.

Druga wojna światowa, a zwłaszcza zbrodnie hitlerowskie popełniane w imię eugeniki, na pewien czas przeniosły ją na margines naukowego działania, jednak nie całkowicie powstrzymały jej zwolenników od prób przywracania jej należnego miejsca¹⁸⁴. Edwin Black w swojej książce na temat eugeniki wykazuje, że po II wojnie światowej i dramacie holocaustu oraz nazizmu i faszyzmu w Niemczech, schedę po eugenicie przejęła nowa nauka – genetyka¹⁸⁵. Za renesans eugeniki uważa się tzw. symposium CIBA, zorganizowane w Londynie w roku 1962. Uczestniczyło w nim 27 znanych naukowców, także laureaci Nagrody Nobla, którzy dyskutowali nad możliwościami wykorzystania genetyki do sterowania ludzką ewolucją¹⁸⁶.

Eugenika jest skierowana na uzyskanie dziecka o pożądanym cechach fizycznych i charakterologicznych oraz na eliminowanie zagrożeń genetycznych. Eugenika idzie także w kierunku determinowania płci dziecka¹⁸⁷. Najogólniej dzieli się ją na pozytywną i negatywną. Negatywna ma na celu eliminowanie ujemnych cech dziedzicznych poprzez sterylizację lub oddzielenie od społeczeństwa, zaś pozytywna usiłuje wprowadzić biologiczne i psychiczne cechy ludzkie uznane za korzystne¹⁸⁸. Co za tym idzie „eugenika pozytywna określa przedmiot swych badań w kategoriach makrospołecznych, stawia sobie za cel tworzenie nowego typu człowieka i społeczeństwa, chce zorganizować racjonalną formę procesów ewolucji,

¹⁸² Por. B. Chyrowicz: *Eugenika...*, s. 183.

¹⁸³ Por. R. Baker: *Seks w przyszłości...*, s. 241-243.

¹⁸⁴ Por. S. Olejnik: *W kręgu moralności chrześcijańskiej*. Warszawa 1985, s. 250.

¹⁸⁵ Por. E. Black: *Wojna przeciw słabym...*, s. 607-629.

¹⁸⁶ Por. W. Bołoz: *Nowy wspaniały świat...*, s. 81.

¹⁸⁷ Por. M. Witt: *Czy warto poszukiwać...*, s. 453-467.

¹⁸⁸ Por. W. Bołoz: *Nowy wspaniały świat...*, s. 81.

ideałem dla niej jest *homo creator*”¹⁸⁹. W przeciwieństwie do niej eugenika negatywna „w miejsce programu nowego społeczeństwa kieruje się raczej troską o zdrowie poszczególnego człowieka i jego dobro (...). W bezpośrednim niejako zasięgu działań eugeniki negatywnej znajduje się przeto *homo patiens*”¹⁹⁰.

Poznanie ludzkiego genomu i możliwość jego modyfikowania pozwala na stosowanie terapii genowej, która może leczyć lub eliminować wadliwe geny, a przez to sprawiać, że życie człowieka będzie wolne od przynajmniej niektórych trudności. Terapia genowa dorosłego człowieka napotyka jednak na wiele trudności, ponieważ trzeba dokonać zmian w każdej komórce organizmu. O wiele łatwiej zrobić to na plemniku i komórce jajowej lub zarodku¹⁹¹. Stąd obecność podejścia eugenicznego przy zapłodnieniu *in vitro*, które umożliwia tego typu działania i manipulacje.

4.1.3. Problemy i dylematy

Diagnostyka preimplantacyjna i związana z nią inżynieria genetyczna oraz myślenie eugeniczne budzą wiele pytań i kontrowersji. Pierwsza z nich dotyczy tego, że rodzice przed urodzeniem się dziecka mogliby ustalić, jakie ma mieć ono cechy. Wówczas decydowaliby tak naprawdę o drugim człowieku, czyli nie byłiby jedynie rodzicami, ale w jakimś znaczeniu, nawet dosłownym, twórcami dziecka. Powstaje zatem pytanie, czy człowiek ma moralne prawo do decydowania o cechach, osobowości drugiego człowieka, nawet jeśli tym człowiekiem jest jego dziecko?¹⁹² Z drugiej strony należy zapytać, czy dziecko w przyszłości nie będzie miało żalu do rodziców, jeśli ci, nie wykorzystując zdobyczy techniki, nie zapewnili mu odpowiednich cech i mocnej osobowości, tak bardzo liczących się w dzisiejszym świecie. Wszakże każdy człowiek pragnie posiadać określone zdolności, być inteligentny, posiadać pożądane ogólnie cechy fizyczne i psychiczne, i może nie miałby nic przeciwko temu, zwłaszcza gdy natura nie wyposażała go w to wszystko, gdyby ktoś (np. rodzice) podjął przed jego urodzeniem decyzję, by te pożądane przymioty posiadał. Można powiedzieć, że w tym przypadku rodzice ponosiliby

¹⁸⁹ T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 155.

¹⁹⁰ Tamże.

¹⁹¹ Por. R. Baker: *Seks w przyszłości...*, s. 245-247; zob. także: M. Szymański, J. Barciszewski: *Genetyka molekularna „in vitro”*. W: *Nowe tendencje...*, s. 121-135; J. Habermas: *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?* Warszawa 2003.

¹⁹² Por. P. Flaman: *Genetic Engineering*. Mahwah 2002, s. 70.

moralną odpowiedzialność za braki, od których dziecko byłoby wolne, gdyby tylko zdecydowałoby się na to przed jego urodzeniem¹⁹³. Natychmiast jednak pojawia się zasadnicze pytanie o granice ingerencji w naturę oraz o to, kto ma tę granicę wyznaczać i decydować o możliwości jej przekraczania?

Inne pytanie dotyczy wartości samego życia. Czy życie warte jest kontynuacji tylko wtedy, gdy ma wysoką jakość, czy też każde życie ma znaczenie i wartość samo w sobie? W kontekście takich pytań można przytoczyć przykład z książki *Dylematy współczesnej biotechnologii: świat nigdy nie posłuchałby muzyki Ludwiga van Bethowena*, gdyby za jego czasów stosowana była diagnostyka preimplantacyjna i prenatalna, ponieważ w jego przypadku byłyby silne argumenty przemawiające za jego unicestwieniem, tym bardziej, że jego rodzice byli alkoholikami cierpiącymi na wrodzoną kiłę¹⁹⁴. Najważniejszym zatem problemem moralnym wydaje się dyskryminacja embrionów, które w diagnostyce preimplantacyjnej są kwalifikowane jako nieodpowiadające przyjętym przez medycynę kryteriom dostatecznie wysokiej jakości przyszłego życia. Gdzie jest granica oddzielająca niedostateczną od wystarczającej jakości życia i kto ja ustala? Poza tym – istnienie krótkotrwałe i o niższej jakości nie jest jednak lepsze od nieistnienia?¹⁹⁵ Zapytać także należy o los zarodków dodatkowych oraz o to, kto ma o nim decydować – rodzice, instytucje medyczne dokonujące zabiegu, władze państwowe?¹⁹⁶ Ponadto nasuwa się pytanie, czy w ogóle przekazywać rodzicom lub nosicielom niewłaściwych genów informacje, które mogą stać się źródłem stresów i dylematów moralnych¹⁹⁷.

Obecna wiedza z zakresu genetyki i jej zastosowań do badania gamet uzasadnia pytanie, gdzie ustalić granice terapii genowej: czy stosować ją tylko w leczeniu najcięższych chorób genetycznych, czy też przy mniej uciążliwych dolegliwościach? Skoro zapada decyzja o usunięciu wadliwego genu, to czy nie można wprowadzać genów pożądanых (np. talent gry w tenisa)? Czy jest dopuszczalne stosowanie terapii genowej w leczeniu tkanek somatycznych, a nie płciowych? Czy swobodny wybór płci nie zaburzy struktury społecznej, jak wpłynie na życie rodzinne i małżeńskie?

¹⁹³ Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 80.

¹⁹⁴ Por. T. Twardowski, A. Michalska: *Dylematy współczesnej biotechnologii z perspektywy biotechnologa i prawnika*. Toruń 2000, s. 219.

¹⁹⁵ Por. W. Bołoz: *Nowy wspaniały świat...*, s. 83.

¹⁹⁶ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 191.

¹⁹⁷ Por. W. Bołoz: *Nowy wspaniały świat...*, s. 78.

Terapia genowa nastrocza także inne wątpliwości etyczne. Czy rozpowszechnianie skriningu genetycznego opartego na mapowaniu genów nie stanie się źródłem dyskryminacji z uwagi na dziedzictwo genetyczne? Czy nie wpłynie to na działania (np. firm ubezpieczeniowych, pracodawców) dyskryminujące osoby ze skazami genetycznymi?¹⁹⁸ Pojawia się tutaj także wątpliwość, czy wprowadzenie na szeroką skalę przesiewowych badań genetycznych nie ograniczy prawa jednostki do decydowania o poddaniu się badaniom oraz nie podważy prawa do niewiedzy o uzyskanych wynikach?¹⁹⁹ Sprawa jest o tyle ważna, że badania genetyczne i rozwój technologii są w dużej mierze finansowane przez globalne korporacje. Dotowanie badań przez korporacje nie wynika już z pobudek filantropijnych, lecz czysto ekonomicznych. Najczęściej ich wyniki stanowią tajemnicę (na podstawie umowy) przez półtora roku. Zatem opinia publiczna dowiaduje się o nich z opóźnieniem. Czy zatem w konsekwencji współczesna genetyka nie zmierza do odrodzenia się koncepcji rasistowskiej, w której podklasa ludzi z defektami genetycznymi stanie się przedmiotem dyskryminacji? Realistyczność takich pytań ilustruje fakt, że w 2003 roku Islandia i Estonia miały całościowy bank danych genetycznych swoich obywateli²⁰⁰.

Poza pytaniem o dyskryminację ze względu na skazę genetyczną trzeba postawić kolejne: czy diagnostyka preimplantacyjna nie wzmocni postaw niechęci i nietolerancji względem osób niepełnosprawnych w ogóle; co stanie się z powinnością moralną opiekowania się osobami podatnymi na choroby i śmierć?

4.2. Kwestie dotyczące ciąży mnogiej i embrioredukcji

W trakcie procesu sztucznego zapłodnienia może dojść do powstania ciąży mnogiej, w wyniku implantowania kilku zarodków w drogi rodne kobiety. Takie postępowanie ma na celu zwiększenie skuteczności zabiegu, zdarza się jednak, że w łonie matki „przyjmie się” więcej niż jeden zarodek. Stwarza to zagrożenie narodzin dzieci z małą masą urodzeniową, u których częściej występują problemy

¹⁹⁸ Por. H-M. Sass: *Etyka transkulturowa a etos medycyny*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001, s. 55-61.

¹⁹⁹ Zob. B. Chyrowicz, *O względności prawdomówności i prawie do niewiedzy*, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=deb5&m=43&ii=174> z dn. 2.12.2009.

²⁰⁰ E. Black: *Wojna przeciw słabym...*, s. 646.

zdrowotne²⁰¹. Aby temu zapobiec, stosuje się tzw. aborcję selektywną: usuwa się nadliczbowe embriony, by w macicy pozostał tylko jeden²⁰². Zabieg ten zwie się embrioredukcją.

Praktyka ta uzasadnia postawienie wielu pytań. Czy, wykorzystując techniki in vitro, lekarze i przyszli rodzice mogą narażać przyszłe dzieci na ryzyko związane z ciążą mnogą? Czy chęć posiadania potomstwa usprawiedliwia zabicie choćby jednego człowieka w zarodkowej fazie rozwoju? Czy metoda, która ma dać upragnione potomstwo, nie staje się jednocześnie metodą wewnętrznie sprzeczną – umożliwiając życie, jednocześnie je niszczy?²⁰³

Warto też wiedzieć, że zabiegi in vitro mogą powodować poczęcie dziecka-chimery; ryzyko takiego poczęcia zwiększa właśnie wprowadzenie w drogi rodne kokiety więcej niż jednego embrionu. Taki przypadek miał już miejsce w historii medycyny rozrodu. U jednej z matek, której wszczepiono dwa zarodki (męski i żeński), w trakcie ciąży nastąpiło ich połączenie. W konsekwencji na świat przyszło dziecko o cechach hermafrodyty (obojnaka)²⁰⁴.

4.3. Instytucja matki zastępczej

Źródłem wielu pytań etycznych i dylematów moralnych jest macierzyństwo zastępcze: kobieta jest zapładniana, nosi i rodzi dziecko po to, by było wychowywane przez inną osobę. W literaturze przedmiotu można spotkać się ze stwierdzeniem, iż w takich przypadkach rozsądniejsze byłoby mówienie o ciąży kontraktowej²⁰⁵. Instytucja ta ma zasadniczo służyć zaspokojeniu pragnienia posiadania potomstwa przez osoby, które, z przyczyn zdrowotnych lub innych, same tego pragnienia zrealizować nie mogą²⁰⁶. Trzeba mówić ogólnie o „osobach”, gdyż wynajmującymi matkę zastępczą mogą być nie tylko małżonkowie, lecz także

²⁰¹ Por. B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 112.

²⁰² Por. L. Niebrój: *U początków...*, s. 121.

²⁰³ Por. M. Szymańska: *Etyczne aspekty...*, s. 106.

²⁰⁴ Por. Z. Wojtasiński: *Tajemnice zapłodnienia*. „Rzeczpospolita” 1998, nr 13, s. 25.

²⁰⁵ Por. L. M. Purdy: *Assisted reproduction*. W: *A Companion to Bioethics*. Red. H. Kuse, P. Singer. Oxford 1998, s. 163-172; M. Działyńska: *Problematyka prawna macierzyństwa zastępczego*. W: *Wspomagana prokreacja ludzka*. Red. T. Smoczyński. Poznań 1996; M. Boratyńska: *Umowa w sprawie zapłodnienia pozaustrojowego*. „Prawo i Medycyna” 2008, nr 10, s. 81-96.

²⁰⁶ Por. P. Morciniec: *Macierzyństwo zastępcze...*, s. 331. Autor zauważa, że macierzyństwo zastępcze znane było już w starożytności, jak o tym świadczą opisy biblijne dotyczące narodzenia z niewolnicy potomstwa dla jej pani, Sary (Rdz. 16,1-6) oraz Racheli (Rdz 30,1-6).

partnerzy żyjący w innych związkach (także homoseksualnych) oraz osoby samotne (kobiety i mężczyźni).

Macierzyństwo zastępcze jest realizowane w kilku odmianach. O odmianie adopcyjnej mówi się, gdy ani matka, ani ojciec nie są rodzicami genetycznymi. Bezpłodna para (także homoseksualna), bądź osoba samotna zawiera umowę z płodną kobietą (zastępcza matka), która zgadza się począć dziecko ze swoim mężem, partnerem lub innym mężczyzną, a po urodzeniu oddać je stronie, z którą zawarła umowę. Drugą formą jest macierzyństwo zastępcze z uwagi na niepłodność kobiety. W tym przypadku matka zastępcza zostaje zapłodniona nasieniem męża (partnera) kobiety niepłodnej, najczęściej w formie inseminacji albo uzgodnionej niewierności męża. On jest genetycznym ojcem dziecka, ona genetyczną macochą. Z trzecim rodzajem macierzyństwa zastępczego mamy do czynienia, gdy kobieta płodna nie może donosić ciąży. W tym przypadku żona i mąż są genetycznymi rodzicami, a zapłodnienia dokonuje się *in vitro*, przenosząc embriion do macicy matki zastępczej. Do macierzyństwa zastępczego w tej formie doszło pierwszy raz w 1984 roku w Kalifornii²⁰⁷.

Pierwsze pytanie natury etycznej związane jest z możliwością złamania umowy o macierzyństwie zastępczym. Może do niego dojść w dwu przypadkach: gdy matka zastępcza nie chce oddać dziecka (lub po czasie rozpoczyna walkę o jego odzyskanie); gdy rodzice adoptujący rezygnują z odebrania dziecka²⁰⁸. Są to sytuacje szczególnie bolesne zarówno dla matki zastępczej, potencjalnych rodziców, a nade wszystko dziecka²⁰⁹.

Dodatkowe wątpliwości i zastrzeżenia dotyczą macierzyństwa zastępczego wykorzystywanego w zapłodnieniu *in vitro*: kobieta-surogatka jest sprowadzona do „technicznego” wymiaru, traktowana jak inne instrumenty niezbędne do sztucznego zapłodnienia. Podważa to wzorzec fizycznego i duchowego związku embriionu z organizmem i psychicznymi przeżyciami biologicznej matki w ciągu trwania zastępczej ciąży²¹⁰ i wzmacnia stereotyp kobiet jako „rozmnażarek”²¹¹.

²⁰⁷ Por. R. Baker: *Seks w przyszłości...*, s. 108-109.

²⁰⁸ Por. tamże, s. 113-115.

²⁰⁹ Por. L. Niebrój: *U początków...*, s. 122.

²¹⁰ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 194.

²¹¹ Por. B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 118. Niektóre pary homoseksualnych mężczyzn umawiały się, że kobieta donosi dziecko poczęte z wykorzystania nasienia jednego z partnerów. Pewna para homoseksualistów w USA łącznie jest ojcami piętki dzieci poczętych za pomocą IVF (w jednym przypadku czworaczków), które urodziła ta sama niezamężna kobieta mająca już trójkę innych dzieci. Por. tamże.

Szczególne wątpliwości moralne wzbudza kwestia odpłatności za macierzyństwo zastępcze (analogia do prostytucji), jako że można mówić o skomercjalizowaniu tej praktyki. W Wielkiej Brytanii usługa matki zastępczej jest dozwolona, ale nie wolno z niej czerpać zysku, można jedynie pokryć wydatki związane z ciążą. Mimo jednak, że oficjalnie matki zastępcze nie otrzymują zapłaty, szacuje się, że w Wielkiej Brytanii zastępstwo kosztuje ok. 10 000 funtów, a w USA kwota ta wynosi 50000 dolarów²¹². Praktyki takie to bolesny przykład, że wszystko jest na sprzedaż, nawet sprawy najbardziej intymne, dotyczące samych podstaw ludzkiej natury.

Trzeba także wziąć pod uwagę fakt, że wykorzystywanie macierzyństwa zastępczego na coraz większą skalę może przerodzić się w formę ucieczki kobiet przed trudem ciąży. Nasilające się zjawisko preferowania karmienia dzieci przy pomocy butelki i uznawanie karmienia piersią, zwłaszcza w miejscach publicznych, za coś nieprzyzwoitego (przy jednoczesnym akceptowaniu karmienia butelką), nasuwa obawę, że w przyszłości może dokonać się analogiczna zmiana postaw społecznych względem ciąży²¹³. W takiej sytuacji trudno byłoby mówić o prawie dziecka do przyjścia na świat w wyniku poczęcia, ciąży i narodzin u swojej – genetycznie i społecznie – matki.

4.4. Nadliczbowe embriony

W stosowanych obecnie technikach in vitro przygotowuje się więcej zygot do wszczepiania w drogi rodne kobiety, by w przypadku nieudanej próby czynność można było powtórzyć. Gdy jednak zabieg in vitro zostanie przeprowadzony pomyślnie, pozostałe zygoty okazują się zbędne. Takie nadliczbowe embriony są albo niszczone, albo wykorzystane do doświadczeń i eksperymentów naukowych, albo zamrażanie i przechowywanie w celu wykorzystania ich w późniejszym czasie²¹⁴.

²¹² Por. tamże, s. 115.

²¹³ Por. tamże, s. 117-120.

²¹⁴ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 192.

4.4.1. Eksperymenty na embrionach

Znane są różne – nie zawsze poprawne logicznie – typologie eksperymentów na embrionach. Ze względu na cel wyróżnia się eksperymenty teoretyczne (weryfikacja hipotez dla wzbogacenia wiedzy) oraz praktyczne (mają prowadzić do usprawnienia sposobu działania), a także eksperymenty diagnostyczne oraz niediagnostyczne, terapeutyczne i nieterapeutyczne. Eksperymenty te dzieli się również uwzględniając: sposoby ingerencji w embrion (chirurgiczne, farmakologiczne, genetyczne); gdzie znajduje się embrion poddawany eksperymentowi (w łonie matki, w warunkach zewnętrznych); stan embrionu (eksperymenty na embrionach żywych i martwych)²¹⁵.

Wykorzystywanie ludzkich embrionów do doświadczeń naukowych staje się źródłem wielu wątpliwości etycznych i moralnych. Choć powszechnie uznaje się prawo do wolności badań, konieczność rozwoju medycyny, to jednak należy zapytać, czy może się to dokonywać kosztem ingerencji w ludzkie embriony?²¹⁶ Co z prawem do podjęcia suwerennej decyzji o poddaniu się eksperymentom. By móc bowiem dokonywać moralnie usprawiedliwionych badań na człowieku, należy wziąć pod uwagę takie kwestie, jak: udzielenie przez badaną osobę świadomej zgody na ich prowadzenie (kryterium autonomii), cel badań (kryterium użyteczności), wyważenie stopnia ryzyka i korzyści dla pacjenta (kryterium nieuszkodzenia) oraz relacje między kosztami a społecznym znaczeniem badań (kryterium sprawiedliwości). Poważne więc wątpliwości wzbudza fakt prowadzenia badań naukowych na niemogących udzielić w świadomy sposób na nie zgody ludzkich embrionach. Czy postęp nauki może usprawiedliwić naruszenie autonomii człowieka aż do pozbawienia go życia?²¹⁷

4.4.2. Kriokonserwacja

Obok niszczenia lub wykorzystywania ludzkich embrionów do eksperymentów naukowych istnieje możliwość ich kriokonserwacji, czyli zamrażania. Technika ta, wykorzystując bardzo niskie temperatury, pozwala na

²¹⁵ Por. A.J. Katolo: *Eksperymenty na embrionach*. W: *Encyklopedia Bioetyki...*, s. 151-152.

²¹⁶ Por. W. Bołoz: *Nowy wspaniały świat...*, s. 75.

²¹⁷ Por. M. Szymańska: *Bioetyka...*, s. 59-60; P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 89.

przechowywanie materiału biologicznego w stanie świeżym przez długi okres czasu. Powody zamrażania zarodków są różne. Jednym z nich jest możliwość ich wykorzystania w przyszłości, np. w sytuacji niepowodzenia implantacji. Innym motywem jest chęć uzyskania synchronizacji między dawcami i biorcami oraz przetrzymanie zarodków przez okres kwarantanny w zabiegach związanych z przekazaniem zarodka. Jeszcze inny powód może wiązać się z koniecznością przechowania wszystkich zarodków w przypadku zagrożenia ciężką postacią zespołu hiperstymulacji jajników lub innych powikłań zdrowotnych²¹⁸.

W przypadku kriokonserwacji embriony nie zostają uśmiercone, a po rozmrożeniu stają się zdolne do życia. Taka procedura pozwala przynajmniej na jakiś czas odeprzeć zarzuty o zabijanie nienarodzonych dzieci lub dokonywanie manipulacji na człowieku, w rzeczywistości jednak jest ona tylko odłożeniem problemu w czasie. Kriokonserwacja często naraża embriony na niebezpieczeństwo śmierci lub poważnego uszkodzenia, przede wszystkim jednak zamrożonych embrionów nie sposób przechowywać w nieskończoność²¹⁹. Po przewidzianym prawem czasie przechowywania, tj. po tzw. okresie biodegradacji, obejmującym od 3 do 5 lat, takie embriony można zabić²²⁰. Warto zaznaczyć, że w tym sensie państwo również staje się podmiotem odpowiedzialności moralnej za uśmiercanie zarodków²²¹. Warto zapytać, czy ludzki embrion może być uznany za czyjąś własność; jeżeli tak, to kto jest właścicielem ludzkiego embrionu, a jeżeli nie, to na jakiej podstawie można dysponować ludzkimi embrionami?²²²

Wiążą się z tym jeszcze inne problemy. Embriony pozbawia się rozwoju w organizmie matki od samego początku i pozostawia w sytuacji narażania na dalsze manipulacje²²³. Ich zamrażanie ingeruje także w prawo do naturalnego rozwoju dziecka poczętego poprzez przynajmniej czasowe, jak nie całkowite zatrzymanie procesów życiowych. W ten sposób lekarz staje się decydem od którego zależy, czy i kiedy embrion będzie się mógł dalej rozwijać²²⁴.

²¹⁸ Por. A.J. Katolo: *Kriokonserwacja*. W: *Encyklopedia Bioetyki...*, s. 308-309.

²¹⁹ Por. P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 89.

²²⁰ Por. M. Szymańska: *Etyczne aspekty...*, s. 111.

²²¹ Por. P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 89.

²²² Por. W. Sinkiewicz: *Zagrożenia moralno-etyczne zapłodnienia in vitro. Wiele trudnych pytań*. http://glos.umk.pl/2009/02/wiele_trudnych_pytań/, z dn. 7.03.2010.

²²³ Por. D. Sawicki: *Moralność a leczenie niepłodności człowieka. Etyczny wymiar ingerencji medycyny w ludzkie poczęcie*. <http://www.bialystok.opoka.org.pl/sawdar/czytelnia/doktorat/art2.htm>, z dn. 22.04.2010.

²²⁴ Por. A.J. Katolo: *Kriokonserwacja...*, s. 310.

4.5. Problemy związane z powinnościami lekarza

Bycie lekarzem w najpełniejszym znaczeniu oznacza bezpośrednią odpowiedzialność za życie i zdrowie człowieka – *salus aegroti suprema lex esto* (zdrowie chorego jest najwyższym prawem)²²⁵. Jak w kontekście technik *in vitro* wygląda przestrzeganie tej zasady przez lekarzy. Z jednej bowiem strony lekarz stosujący te techniki jest zaangażowany w powstanie nowego życia, jego ochronę i ratowanie, z drugiej natomiast ma udział w niszczeniu życia (nadliczbowe embriony)²²⁶. Należy w tym miejscu postawić pytanie o moralne prawo lekarza do podjęcia decyzji o tym, który z zarodków zostanie implantowany, będzie się rozwijał w łonie matki, a następnie cieszył się życiem jako w pełni ukształtowany człowiek²²⁷.

Problem ten widać jeszcze mocniej w kontekście diagnostyki preimplantacyjnej. W obecnych czasach coraz częściej pojawiają się żądania wobec lekarzy o dokonywanie badań nawet wówczas, gdy nie istnieje żadne ryzyko (dawcy komórek są zdrowi). Jest to związane z omówioną już kwestią myślenia eugenicznego i inżynierią genetyczną. Co za tym idzie, lekarz musi podejmować decyzje o wyborze embrionu. Gdy tego nie zrobi, odrzuci żądania przyszłych rodziców, a w przypadku przyjścia na świat dziecka, które nie będzie spełniać ich oczekiwań, może zostać oskarżony przez matkę, a nawet dorosłe już dziecko, o zaniedbanie swoich obowiązków²²⁸.

4.6. Kwestie futurologiczne

Odrębna grupa pytań i potencjalnych dylematów moralnych jest widoczna w kontekście rysujących się już przyszłych możliwości technicznych. Zasadnicze pytanie, które w tym względzie należy postawić, to pytanie o granice ludzkiej ingerencji w sferę tak ważną jak prokreacja. Czy omówione w pierwszym rozdziale techniki rodem z filmów *science fiction* nie są już całkowitym przekroczeniem tejże granicy i wchodzeniem w kompetencje natury? Za takie przecież można uznać próby tworzenia sztucznych macic, rodzenia dzieci przez mężczyzn, partenogenezę czy

²²⁵ Por. M. Szymańska: *Bioetyka...*, s. 62.

²²⁶ Por. *Taże*: *Etyczne aspekty...*, s. 110.

²²⁷ Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 90.

²²⁸ Por. W. Bołoz: *Nowy wspaniały świat...*, s. 84.

ektogenezę, wszczepianie zarodków w macicę zwierząt. Jakie konsekwencje może przynieść dla konkretnego człowieka, przede wszystkim przyszłego dziecka, a także całej ludzkiej społeczności dopuszczenie tego typu praktyk?

Istotną sprawą jest także klonowanie, którego pierwsze próby dotyczące zwierząt zostały już podjęte. Technika ta to manipulacja mająca na celu otrzymanie genetycznej kopii pierwowzoru. Może to dotyczyć zarówno fragmentu DNA, komórki czy całego organizmu. Eksperyment tego typu, polegający na transferze jądra rozwiniętej komórki somatycznej do pozbawionej jądra komórki jajowej, jako pierwszy zaproponował H. Seemann w 1938 roku. Przełomowym był w tym względzie rok 1952, kiedy to metodą klonowania doprowadzono do powstania kijanki. Dzieła tego dokonali R. Briggs oraz T. J. King. Przez kolejne lata technika ta była udoskonalana zarówno w odniesieniu do prób klonowania roślin i zwierząt. Bardzo głośnym echem odbiło się powołanie do istnienia owcy Dolly, w 1996 roku, w Roslin Institute w Wielkiej Brytanii. W 1993 roku, w George Washington University, J. Hall i R. Stilmann dokonali klonowania pierwszego człowieka za pomocą metody *early embryo splitting*, która polega na rozdzieleniu wczesnego embrionu na blastomery (maksymalnie 8), z których każdy stanowi genetyczną kopię embrionu wyjściowego. Z kolei pierwszej próby sklonowania człowieka przez transfer jądra komórki somatycznej dokonano w 2001 roku w amerykańskiej firmie Advanced Cell Technology (nie przyniosła ona jednak oczekiwanych rezultatów). Mimo wielu głosów sprzeciwu, co jakiś czas podejmowane są kolejne próby otrzymania ludzkiego klonu²²⁹.

Pomijając zagadnienia dotyczące moralnego statusu klonowania roślin i zwierząt, należy nade wszystko zapytać o moralny wymiar klonowania człowieka. Czy wolno stosować metodę, która niesie ze sobą ryzyko naruszenia integralności lub zdrowia embrionu i rozwijającego się z niego organizmu, a także może być przyczyną jego śmierci? Zwłaszcza w kontekście metody *in vitro*, staje się zasadne pytanie, czy człowiek powołany do życia w wyniku klonowania nie jest wyłącznie

²²⁹ Por. T. Kraj: *Klonowanie*. W: *Encyklopedia Bioetyki...*, s. 288-289; B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko...*, s. 150-157; zob. także: *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*. Red. B. Chyrowicz. Lublin 1999; Z. J. Ryn: *Aspekty psychologiczne i antropologiczne klonowania człowieka*. W: *Medycyna i prawo. Za czy przeciw życiu? Materiały z sympozjum zorganizowanego w 50. rocznicę uchwalenia przez ONZ Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*. Lublin 1999; D.W. Brok: *Klonowanie ludzi: ocena etyczna argumentów za i przeciw*. W: *Czy powstanie klon człowieka? Fakty i fantazje*. Red. M.C. Nussbaum, C.R. Sunstein. Warszawa 2000.

środkiem (przedmiotem) zaspokojenia czyichś życzeń. Co z jego podstawowymi prawami – do integralności, niepowtarzalności, osobowego życia?

ROZDZIAŁ III

Charakterystyka wybranych stanowisk bioetycznych obecnych w dyskusji nad metodą in vitro

Rozstrzygnięcie problemów i dylematów związanych z metodą in vitro zależy bardzo od przyjmowanego stanowiska bioetycznego. Celem tego rozdziału jest prezentacja wybranych stanowisk bioetycznych, ich założeń i implikacji dotyczących omawianej metody wspomagania prokreacji. Rozpocząć jednak warto od krótkiej charakterystyki samej bioetyki: historii jej powstania, sposobów jej rozumienia i uprawiania.

1. Bioetyka czy bioetyki?

W sytuacjach codziennych posługujemy się zdroworozsądkowym pojęciem dobra moralnego i powinności (norm) moralnych. Zasadniczo zostały one ukształtowane przez tradycję moralną, a szerzej kulturową, w której przyszło żyć człowiekowi. Gdy jednak szuka się ich głębszych racji – niż tylko zdroworozsądkowych, zbudowanych na zaufaniu wobec społeczeństwa czy różnych

ideologii – trzeba zwrócić się do etyki. Podstawowych rozstrzygnięć w sprawie wartości dobra i norm moralnych dostarcza etyka ogólna, zaś ustaleń szczegółowych – etyka szczegółowa, której częścią jest bioetyka. Poszukiwaniu uzasadnień etycznych towarzyszy lawinowy rozwój medycyny, biologii i techniki, którego wyniki odciskają się wyraźnie także na ewolucji stanowisk bioetycznych²³⁰.

1.1. Rys historyczny

Bioetyka jest dyscypliną stosunkowo młodą, ale jej korzeni można poszukiwać w dawniejszych okresach w rozwoju medycyny i zawodu lekarza. Przyjmuje się, że w historii zachodniej medycyny istnieją trzy zasadnicze etapy rewolucyjnych przemian dotyczących norm etycznych:

1. okres formowania się etyki lekarskiej (V w. p.n.e. – III w. n.e.) – jego początek związany jest z powstaniem greckiej medycyny, opartej na racjonalnych podstawach i obowiązującej w niej *Przysiędze Hipokratesa*;
2. okres rewolucji kodeksowej (druga połowa XVIII w. – późne lata 40. XX w.) – ma związek z budowaniem współczesnej medycyny klinicznej, opartej na naukowych wzorcach. Czas ten to okres budowania kodeksów etyki lekarskiej przez samych medyków.
3. okres rewolucji bioetycznej i tworzenia bioetyki regulatywnej (trwający od zakończenia II wojny światowej) – związany z rozwojem nauk biologicznych i medycznych, często zrywający z tradycją hipokratyczną i deontologiczną w etyce lekarskiej²³¹.

Ogromne znaczenie w rozwoju bioetyki miały wydarzenia II wojny światowej, podczas której najnowsze osiągnięcia medyczne wykorzystywano do celów ludobójstwa. Wstrząsające wiadomości na ten temat przyniósł proces w Norymberdze, który stał się jednocześnie inspiracją do poszukiwania zasad etycznych i prawnych, które miałyby uchronić w przyszłości ludzkość przed takim okrucieństwem. Jednym z rezultatów tego poszukiwania było ogłoszenie, 10 XII 1948 roku, przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych, *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*²³².

²³⁰ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 49-50.

²³¹ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 17-18.

²³² Por. T. Biesaga: *Bioetyka*. W: *Encyklopedia bioetyki...*, s. 65.

Rozwój bioetyki uwarunkowany był także szybkim postępem naukowym i technologicznym w medycynie w latach 60. XX wieku. Możliwe stały się choćby takie działania, jak: dializa nerek, transplantacje organów, stosowanie respiratora, diagnostyka prenatalna, zaczęła formować się inżynieria genetyczna. Doprowadziło to do powstania nowych specjalizacji medycznych, które często były źródłem poważnych dylematów moralnych. Nastąpił także ścisły związek pomiędzy światem finansów a medycyną, co prowadziło do nadużyć w badaniach klinicznych, w imię zysku i źle rozumianego postępu. Nie bez znaczenia na rozwój bioetyki wpłynęły także uwarunkowania społeczno-polityczne (kryzys kubański, wojna wietnamska, początek ruchu na rzecz praw i wolności człowieka jako jednostki i obywatela)²³³.

Termin *bioetyka* pojawił się w Stanach Zjednoczonych w latach 70. XX wieku. Za jego twórcę uważa się Van Rensselaera Pottera, onkologa ze stanowego Uniwersytetu Wisconsin, który użył go w 1970 roku, w swoim artykule *Bioetyka: nauka o przetrwaniu*²³⁴. Swą refleksję nad metodologicznymi podstawami nowej dyscypliny zawarł w książce *Bioetyka: most przyszłości*²³⁵. Drugim autorem posługującym się tym terminem w tamtym czasie był André Hellegers, ginekolog i położnik. Te źródłowe rozumienia rodzącej się dyscypliny były jednak rozbieżne. Potter, interesując się pozytywnym i negatywnym wpływem nauk biologicznych i medycznych na środowisko i zdrowie człowieka, uważał, że najważniejszym zadaniem nowej dyscypliny jest zapewnienie człowiekowi kulturowego i biologicznego przetrwania. Natomiast Hellegers zawęził bioetykę do poszukiwania uzasadnień dla norm w biomedycynie (medycynie i naukach biologicznych z nią związanych)²³⁶. Ważnym przyczynkiem tworzenia podstaw tej dyscypliny była także praca Daniela Callahana *Bioetyka jako dyscyplina*²³⁷.

Różnice w koncepcji bioetyki, widoczne już u Pottera i Hellegersa, są wyraźnie widoczne w różnych sposobach określania jej zakresu. Wyróżniane są np.: ujęcie wąskie (bioetyka = etyka środowiska; najczęściej rozwijana przez etyków niezwiązanych z medycyną); ujęcie klasyczne (bioetyka = etyka lekarska + etyka badań naukowych + etyka środowiska; w praktyce rzadko używane); ujęcie

²³³ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 36-41.

²³⁴ V. R. Potter: *Bioethics: The Science of Survival*. „Prespectives in Biology and Medicine” 1970, nr 14, s. 127-153.

²³⁵ V. R. Potter: *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs 1971.

²³⁶ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 35; B. Zapart: *In vitro – tak czy nie?* „Metanoia” 2010, nr 37 (71), s. 5.

²³⁷ D. Callahan: *Bioethics As e Discipline*. „Hastings Center Studies” 1973, nr 1, s. 66-73.

standardowe (bioetyka = etyka profesji i zawodów związanych z systemami opieki zdrowotnej + etyka badań naukowych w biomedycynie)²³⁸.

Rozwój bioetyki jako dyscypliny naukowej gwałtownie przyspieszył po 1970 roku. Ośrodkami, które odegrały ważną rolę w tym rozwoju, były: założone w 1969 roku, w pobliżu Nowego Jorku, Hastings Center (Institute of Society, Ethics and Life Science) oraz założony w 1971 roku Instytut Kennedy'ego (The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics) na Uniwersytecie Georgetown w Waszyngtonie. Działalność tych ośrodków doprowadziła w znacznej mierze do tego, że bioetyka w skali światowej stała się prawie wyłącznie odmianą etyki medycznej, która za główny przedmiot swych badań wzięła problematykę nowych osiągnięć w biotechnologii. Nacisk został w niej przesunięty z perspektywy ogólnoludzkiej, globalnej, ekologiczno-biologicznej (ujęcie Pottera) na wymiar kliniczny i kazuistyczny²³⁹.

Pierwszym centrum bioetycznym w Europie był powstały w 1975 roku, w Barcelonie, Instytut Borja de Bioètica. W dalszych latach centra bioetyczne organizowane były we Francji, Włoszech, Anglii i innych, także w Polsce. Systematycznie wzrasta ilość ośrodków, organizacji, komitetów, komisji etycznych, lokalnych regionalnych, narodowych, międzynarodowych. Ogłaszane są liczne dokumenty obejmujące problematykę bioetyczną, choćby Europejska Konwencja Bioetyczna z 4 IV 1997 roku – *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w Kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny*²⁴⁰.

Wszystkie te działania mają na celu poszukiwanie rozwiązań etycznych, zarówno szczegółowych, jak i ogólnych, normujących rozwój biotechnologii. Chodzi przede wszystkim o to, by refleksja etyczna nie pozostawała w tyle za rozwojem nauki, techniki i medycyny²⁴¹. Dlatego mówi się, że od kilkunastu lat bioetyka jest najbardziej dynamiczną dyscypliną naukową, wywierającą ogromny wpływ na rozwój nauk filozoficznych, biomedycznych i społecznych²⁴².

²³⁸ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. I, s. 35-36.

²³⁹ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 24-25; R. Otowicz: *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*. Kraków 1998, s. 32-33.

²⁴⁰ Por. T. Biesaga: *Bioetyka...*, s. 65-67; B. Wójcik: *Bioetyka i tożsamość człowieka*. Tarnów 2007, s. 14-16.

²⁴¹ Por. T. Biesaga: *Personalizm czy utilitaryzm jest właściwą podstawą etyki medycznej?* „Folia Medica Cracoviensia” 1998, nr 39, s. 43-52.

²⁴² Por. J. Jaroń: *Bioetyka – ekofilozofia – wizje przyszłości*. Warszawa 2003, s. 323; L. Niebrój: *Bioetyka programów życiowych*. Katowice 2010, s. 17-18; J. Jaroń: *Stan bioetyki w Polsce*. W: *Ekofilozofia i bioetyka. Materiały VI Polskiego Zjazdu Filozoficznego w Toruniu*. Red. W. Tyburski. Toruń 1996.

1.2. Definicje bioetyki

Pierwsze próby formułowania definicji bioetyki podjęli twórcy tego terminu: Van Rensselaer Potter oraz André Hellegers. Ich stanowiska, jak już wspomniano, były zasadniczo różne. Pierwszy twierdził, że bioetyka jest „nową dyscypliną, która łączy w sobie wiedzę biologiczną z wiedzą o systemach ludzkich wartości, która przerzuci pomost między naukami ścisłymi i humanistycznymi, pomoże humanistyce przetrwać oraz podtrzyma i wzbogaci cywilizowany świat”²⁴³. Potter ujmował więc bioetykę z perspektywy ochrony środowiska przyrodniczego, określając ją jako wysiłek wykorzystania nauk biologicznych dla poprawy jakości życia, głównie ludzkiego, i jego obrony przed unicestwieniem. W swoich dociekaniach akcentował etykę ziemi, etykę przyrody, etyką populacji, a także etykę wykorzystywania naturalnych zasobów. Jego stanowisko można określić mianem etyki środowiska przyrodniczego. Jest to ujęcie, które ogrania szeroki obszar moralnych aspektów związanych z naukami o życiu (medycyną, biologią, ekologią, naukami społecznymi itp.). Natomiast André Hellegers w swych rozważaniach wychodził od relacji między medycyną, lekarzem a pacjentem; podkreślał konieczność rozwoju wiedzy dotyczącej respektowania i ochrony praw pacjenta. Jest to zatem wąskie znaczenie bioetyki, która utożsamia się z etyką medyczną, wzbogaconą o nowe, szczegółowe problemy²⁴⁴. Analizując współczesne opracowania bioetyczne i problematykę przez nie podejmowaną można stwierdzić, że oba podejścia – Pottera i Hellegersa – okazały się zasadne i ważne²⁴⁵.

Ożywiona debata bioetyczna nie doprowadziła jednak do wypracowania jednej, powszechnie akceptowalnej definicji bioetyki. Potoczne jej rozumienie związane jest z etymologią tego terminu, który pochodzi od połączenia greckich słów: *bios* – życie oraz *ethos* – zwyczaj, obyczaj²⁴⁶. Patrząc na źródłosłów tego terminu, bioetyka stanowi swoistą etykę życia ludzkiego, wyznaczoną przez osiągnięcia współczesnych nauk biologicznych i medycznych. Ponieważ wyjaśnienie etymologii terminu *bioetyka* nie wystarcza do jej pełnego określenia, pojawiły się różne próby dookreślenia bioetyki. Polegają one albo na wyliczeniu problemów

²⁴³ B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 5.

²⁴⁴ Por. T. Biesaga: *Bioetyka...*, s. 68.

²⁴⁵ Por. B. Wójcik: *Bioetyka...*, s. 14.

²⁴⁶ Por. W. Kopaliński: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. [http: www.slownik-online.pl](http://www.slownik-online.pl), hasła: *etyka, bios*, z dn. 25.02.2010.

wyrośli na gruncie nauk biomedycznych, albo przez wskazanie objętych bioetyką obszarów działań dotyczących ludzkiego życia²⁴⁷. W jednym i drugim przypadku widać tendencje do różnego określania przedmiotu bioetyki: od wąskiego, równoważnego z dziedziną badań nauk biomedycznych, do bardzo szerokiego, obejmującego wszystkie obszary ludzkich zachowań, odznaczających się jakąś niezwykłością w traktowaniu ludzkiego życia lub integralności ciała²⁴⁸.

Wśród innych określeń bioetyki wspomnieć warto np. o definicji W. Reicha: „bioetyka jest systematycznym studium postępowania ludzkiego w obszarze nauki o życiu i troski o zdrowie, które to postępowanie winno być oceniane w świetle wartości i zasad moralnych”²⁴⁹. Z kolei włoski bioetyk, E. Sgreccia, określa bioetykę jako „część filozofii moralnej, która rozważa godziwość lub niegodziwość interwencji w życie ludzkie, szczególnie tych, które są związane z praktyką i rozwojem nauk medycznych i biologicznych”²⁵⁰.

Na gruncie polskim również zostały podjęte próby definiowania bioetyki. Już M. Dąmbska, pisała: „nowopowstała dziedzina, bioetyka, bada związki między nauką i techniką a prawem naturalnym. Obejmuje ona swymi rozwiązaniami wszystkie aspekty postępowania, odnoszące się do życia człowieka od jego początku do naturalnego końca jakim jest śmierć, oceniając działania, które mogą mieć wpływ na integralność i godność osoby ludzkiej”²⁵¹. Według innej definicji bioetyka „jest to stosunkowo młoda gałąź nauki z pogranicza antropologii, filozofii, etyki, prawa, medycyny i techniki. Głównym zadaniem bioetyki jest dokonywanie ocen moralnych wszelkich problemów i faktów wynikających z postępu nauk przyrodniczych i technicznych. Bioetycy wychodzą z założenia, że każde działanie naukowe winno podlegać ocenie i odpowiedzialności moralnej”²⁵².

²⁴⁷ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 12-13; D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 14. Definiując bioetykę przez wyliczenie problemów którymi się zajmuje można mówić o: bioetyce ekologicznej (etyce środowiska naturalnego), bioetyce genetycznej (zajmującej się etyczną stroną zagadnień dotyczących początkowych stadiów ludzkiego rozwoju, ingerencji w ludzki genom, sztucznego zapłodnienia, klonowania, macierzyństwa zastępczego, eksperymentów medycznych i transplantacji), bioterapii (podejmującej etyczną refleksję nad eksperymentami medycznymi na ludziach dorosłych, transplantacją organów itd.), bioetyce końca życia człowieka (podejmującej problem eutanazji, uporczywej terapii itd.). Por. T. Biesaga: *Bioetyka...*, s. 69-70.

²⁴⁸ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 13.

²⁴⁹ T. Biesaga: *Początki bioetyki, jej rozwój i koncepcja*. W: *Podstawy i zastosowania...*, s. 18.

²⁵⁰ Tamże.

²⁵¹ M. Dąmbska: *Zasady deontologii w zakresie stosunku do życia ludzkiego i godności ludzkiej*. W: *Refleksje nad etyką lekarską*. Red. K. Osińska. Warszawa 1992, s. 34.

²⁵² *Problemy etyki – wybór tekstów*. Red. S. Samowski, E. Frykowski. Bydgoszcz 1993, s. 238-239.

Na szczególną uwagę zasługuje definicja T. Ślipki, która stała się niemal wzorcowa dla polskich autorów (również dla autora tej pracy)²⁵³. Rozumie on bioetykę jako „dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) ludzkich polegających na ingerencji w granicznych sytuacjach związanych z zapoczątkowaniem życia, jego trwaniem i śmiercią”²⁵⁴. Takie ujęcie pozwala uniknąć zarówno zbyt wąskiego, jak i szerokiego potraktowania przedmiotu badań bioetyki. Nie może ona bowiem zajmować się wszystkimi sytuacjami w życiu człowieka. Bada tylko te, które są wyjątkowe, krytyczne i często graniczne oraz następuje w nich drastyczna ingerencja człowieka w proces życia własnego bądź cudzego. Ponieważ z sytuacjami takimi człowiek spotyka się w momencie powstawania życia, w czasie jego trwania i śmierci, bioetykę można podzielić na: biogenezę, bioterapię i tanatologię. Ujęcie T. Ślipki uwalnia bioetykę od zawężenia jej do etyki medycznej oraz zbytniego rozszerzania jej przedmiotu na całe życie człowieka²⁵⁵.

Próbę modyfikacji definicji T. Ślipki (modyfikacji rozszerzającej) podejmuje B. Chyrowicz. Twierdzi, że zagadnienia bioetyczne nie odnoszą się wyłącznie do sytuacji granicznych ludzkiego życia, chociaż są one szczególnie ważne. Do sytuacji granicznych, tj. powodujących zagrożenie ludzkiego życia, nie należą np. wszystkie formy medycznie wspomaganej prokreacji. Dlatego przyjmując definicję T. Ślipki jako punkt odniesienia, proponuje własną koncepcję bioetyki twierdząc, że „bioetyka to dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) polegających na biomedycznej ingerencji w sytuacje związane z zapoczątkowaniem ludzkiego życia, jego trwaniem i śmiercią”²⁵⁶.

Bioetykę cechuje interdyscyplinarność – aby mogła właściwie spełniać swoje cele i zadania, musi pozostawać w łączności z naukami szczegółowymi, gdyż dostarczają one podstawowych wiadomości dotyczących rozpatrywanych problemów. Dyscyplinami pomocniczymi bioetyki są przede wszystkim medycyna

²⁵³ Por. B. Wesołowski: *Sposoby rozumienia bioetyki w Polsce*. <http://www.cecib.uksw.edu.pl/czytelnia-biopravo-i-bioetyka-42/104-bioetyka-wesołowski-b-sposoby-rozumienia-bioetyki-w-polsce>, z dn. 15.09.2010.

²⁵⁴ T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 18; Tenże: *Granice życia...*, s. 16.

²⁵⁵ Por. Tamże, s. 17-18; D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 15; A. Nawrocka: *W poszukiwaniu...*, s. 61-62.

²⁵⁶ B. Chyrowicz: *Bioetyka czy bioetyki? O możliwości konsensusu w bioetyce*. „Roczniki Filozoficzne” 2000-2001, z. 2, s. 76; Taże: *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*. „Diametros” 2009, nr 19, s. 1.

i biologia, ale także socjologia, psychologia, prawo, ekonomia itd. Pozostając filozoficzną nauką normatywną, bioetyka zakłada interdyscyplinarną współpracę z tymi właśnie naukami²⁵⁷. Gdyby dzięki odkryciom nauk empirycznych czy techniki, jak zauważa T. Ślipko, zaistniała potrzeba czy nawet konieczność skorygowania w jakiejś części aktualnej wiedzy o określonym stanie rzeczy, w ślad za tym powinna pójść także odpowiednia refleksja etyczna²⁵⁸. Interdyscyplinarność w rozumieniu tego autora jest integralną cechą bioetyki, tzn. wszelkie ingerencje w ludzkie życie i zdrowie wymagają coraz to nowszej i bardziej skomplikowanej wiedzy, którą dostarczają nauki empiryczne. Nieco inne podejście do rozumienia interdyscyplinarności bioetyki widać w stanowisku A. Katolo, który stwierdza, że bioetyka charakteryzuje się interdyscyplinarnością w tym sensie, że oprócz głosów etyków, moralistów i lekarzy uwzględnia ona także opinie prawników, socjologów, psychologów, pedagogów i ekonomistów. Bioetyka jest swoistym dialogiem pomiędzy różnymi dyscyplinami wiedzy²⁵⁹.

Współcześnie termin *bioetyka* bywa stosowany zamiennie z terminami: *etyka biomedyczna* czy *etyka medyczna*. Przyjmując jednak definicję T. Ślipki trzeba uznać, że zamienne terminy nie są odpowiednie, gdyż zawężają nową dyscyplinę tylko do etyki medycznej, co z kolei czyni z niej etykę zawodową. Ponadto termin *bioetyka* jest bardziej zrozumiały niż inne, a także posiada już pewną tradycję²⁶⁰. Innym powodem, dla którego nie należy utożsamiać bioetyki z etyką medyczną (która dotyczy etycznej strony sztuki leczenia i zapobiegania chorobom), a tym bardziej etyką lekarską, jest fakt, że jej celem jest uwzględnienie, a nawet ujęcie w systematyczną całość problemów, które nie mieszczą się ani w ramach etyki medycznej, ani etyki lekarskiej (chodzi np. o takie ingerencje w ludzkie zdrowie i życie, które nie mają charakteru leczniczego, a wyraźnie dotyczą zdrowia i życia człowieka)²⁶¹.

²⁵⁷ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 17-18; D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 15; A. Nawrocka: *W poszukiwaniu...*, s. 61-62.

²⁵⁸ Por. T. Ślipko: *Granice życia...*, s. 18.

²⁵⁹ Por. A.J. Katolo: *ABC bioetyki*. Lublin 1997, s. 13.

²⁶⁰ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 15.

²⁶¹ Por. B. Wesołowski: *Sposoby rozumienia...*

1.3. Sposoby uprawiania bioetyki

Decydujący wpływ na ujęcie bioetyki, określenie jej dziedziny i problematyki oraz sposobu jej uprawiania miały wspomniane już uwarunkowania naukowo-technologiczne oraz społeczno-polityczne²⁶². Ponieważ próby jej definiowania nie dały powszechnie przyjętej jej koncepcji, warto wskazać główne kwestie metabioetyczne współcześnie dyskutowane: czy bioetyka jest tylko refleksją etyczną czy samodzielną dyscypliną naukową; co oznacza określanie jej jako dyscypliny połowicznej; a także – jakie nurty i wzorce metodologiczne są w niej wyróżniane.

1.3.1. Bioetyka – luźna refleksja etyczna czy samodzielna dyscyplina naukowa?

Postawą dla określenia statusu bioetyki jest pytanie, czy jest ona dyscypliną naukową, czy raczej luźną refleksją etyczną. Pytanie to jest ważne, ponieważ odmawiając bioetyce naukowego charakteru, odmawia się jej prawa do formułowania moralnych zasad postępowania²⁶³.

Zdaniem części autorów, trudności, jakie napotykają próby określenia bioetyki jako samodzielnej dyscypliny naukowej, wiążą się z brakiem konsensusu co do jej przedmiotowego zakresu: czy szeroki zakres i ekologiczny charakter bioetyki, czy raczej wąski i ujęcie biomedyczne. Podnoszony jest także zarzut, że stosowane przez bioetykę metody poznawcze oraz sposób dowodzenia tez jest niewystarczająco precyzyjny i często niejednoznaczny. Bioetyka nie stwarza możliwości dokonywania normalnej naukowej weryfikacji, a jej powstanie jest konsekwencją rozwoju innych naukowych dyscyplin²⁶⁴. Utrudnieniem na drodze do naukowości jest także interdyscyplinarny charakter bioetyki. Jak twierdzi Onora O'Neill, „bioetyka nie jest dyscypliną nauki... Stała się bowiem miejscem spotkań wielu dyscyplin, dyskursów i organizacji zainteresowanych zagadnieniami etycznymi, prawnymi i społecznymi podnoszonymi na skutek postępu w medycynie, nauce i biotechnologii”²⁶⁵. Refleksja bioetyczna jest podejmowana przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, ale także przez niespecjalistów, często zaangażowanych w sposób emocjonalny, co uniemożliwia wypracowanie obiektywnych ustaleń. Bioetyka staje się przez to

²⁶² Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 36.

²⁶³ Por. B. Wesołowski: *Sposoby rozumienia...*

²⁶⁴ Por. tamże; W. Tulibacki: *Etyka i nauki biologiczne*. Olsztyn 1994, s. 112.

²⁶⁵ B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 6.

blizsza swobodnej refleksji intelektualnej, rozważaniom i dywagacjom ujawniającym aksjologiczne doznania, wybory moralne i światopoglądowe, niż dyscyplinie naukowej; a próby wypracowywania przez etyków trwałych zasad postępowania w sprawach bioetycznych przybierają charakter banalnych zabiegów moralistycznych, o których decydują systemy dogmatów bądź apele odwołujące się do różnych poczuć moralnych. Interdyscyplinarność bioetyki sprawia też, że brak jej wewnętrznej spójności²⁶⁶. Bioetyka traci status dyscypliny naukowej także wtedy, gdy poddaje się społecznym, politycznym czy ekonomicznym naciskom. Przestaje być wówczas filozoficznym namysłem nad problemami biomedycyny, a staje się narzędziem do formułowania rozwiązań prawnych oraz uzyskiwania przez środowisko medyczne akceptacji dla wszelkich możliwych metod leczenia i prowadzenia badań²⁶⁷.

Zwolennicy przyznawania bioetyce naukowego charakteru skupiają swoją uwagę na metodach stosowanych w bioetyce (jak wiadomo metoda jest miarą dojrzałości danej dyscypliny naukowej)²⁶⁸. Podkreślają, że bioetyka zmuszona jest używać w swoich dociekaniach tradycyjnych metod analizy filozoficznej, skupionych na właściwym używaniu terminów, racjonalnej argumentacji oraz jej logicznej spójności. Używając w terminie *bioetyka* słowa *etyka*, mają na myśli *etykę filozoficzną*, która będąc nauką normatywną opiera się jednocześnie na danych doświadczenia i zasadach rozumowych; dlatego jest w stanie ustalić, które z ludzkich działań są moralnie dobre (złe), dopuszczalne i nakazane (zakazane)²⁶⁹.

Ponadto bioetyka powinna także uwzględniać osobiste odczucia działających oraz społeczno-polityczne uwarunkowania różnych działań. Jej celem jest przecież pomoc lekarzom i biologom w dokonywaniu właściwych decyzji. W spełnianiu tego celu pomocny jest właśnie interdyscyplinarny charakter bioetyki, pozwalający na właściwą ocenę nowych faktów medycznych z perspektywy wielu dziedzin (filozofia, biologia, medycyna, socjologia, prawo, teologia itd.). Interdyscyplinarny charakter bioetyki jest więc jej atutem, nie słabością, a co najważniejsze, w tym

²⁶⁶ Por. B. Wesołowski: *Sposoby rozumienia...*; W. Tulibacki: *Etyka i naturalizm*. Olsztyn 1998, s. 125.; Tenże: *Bioetyka – przegląd problemów*. „Humanistyka i Przyrodoznawstwo” 1995, nr 1, s. 153-154.

²⁶⁷ Por. A. Przykulska-Fiszer: *Bioetyka regulacji i bioetyka teoretyczna*. <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=deb5&m=43&ii=92>, z dn. 20.09.2010.

²⁶⁸ Por. B. Wójcik: *Bioetyka...*, s. 17; B. Chyrowicz: *Argumentacja...*, s. 1.

²⁶⁹ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 14.

interdyscyplinarnym dyskursie dyscypliną podstawową jest filozofia, a centralną metodą badań bioetycznych filozofia moralna²⁷⁰.

Bioetyka jest zależna od nauk przyrodniczych i wyników ich dociekań, nadając jednocześnie tym wynikom, po umieszczeniu ich w odpowiednim kontekście antropologicznym i aksjologicznym, pełnego znaczenia. Można pytać, jak mocno owo znaczenie aksjologia i antropologia może faktom nadawać. W naukach empirycznych bowiem istotne jest przybliżanie się do prawdy, ustalonej w ramach przyjmowanego paradygmatu; po zmianie paradygmatu mogą się jednak pojawić nowe interpretacje ustalonych poglądów. W naukach humanistycznych z kolei często są orzekane wyroki ostateczne, prawdy w znaczeniu absolutnym, prawdziwe interpretacje. Bioetyka ma za zadanie wypracowanie w tym względzie odpowiedniego kompromisu, godzącego naukowców i etyków²⁷¹.

W literaturze przedmiotu można spotkać także pogląd, że warunkiem uznania naukowości bioetyki oraz jej niezależności od prawa i religii, które choć z nią związane nie stanowią jej fundamentu, jest wprowadzenie tzw. teorii centralnej, która miałaby wskazywać antropologiczno-aksjologiczny kontekst uzasadnień bioetycznych²⁷². Ale wskazanie teorii centralnej – w sytuacji rywalizacji pomiędzy wieloma teoriami etycznymi, które stanowią podstawę rozstrzygnięć bioetycznych – jest trudne czy wręcz niemożliwe. Rywalizacja ta jest odzwierciedleniem pluralizmu światopoglądowego we współczesnym świecie. Ostatecznie zatem należy stwierdzić, że tyle jest bioetyk, ile jest etyk²⁷³.

Czy wobec pluralizmu etycznego odzwierciedlającego się w bioetyce konieczne jest wyodrębnianie nowej dyscypliny? Odpowiadając twierdząco na to pytanie warto wskazać różnice między tradycyjną etyką a bioetyką, zwłaszcza w sposobie ujmowania człowieka i świata. Etyka tradycyjna miała ograniczony zasięg – zwracała się do poszczególnych ludzi lub grup, interesowała się życiem osobistym i społecznym bez szerokiej, ogólnocywilizacyjnej perspektywy. Natomiast bioetyka (i inne etyki współczesne) chce ogarnąć całą ludzkość, jako wspólnotę cywilizacyjną i kulturową; bierze pod uwagę skutki działań w skali globalnej i masowej. Jest ona w jakiejś mierze kontynuacją etyki tradycyjnej: chce jednak normatywnie badać nowe problemy moralne; uwzględniać rozwój medycyny,

²⁷⁰ Por. B. Wójcik: *Bioetyka...*, s. 17-18.

²⁷¹ Por. tamże.

²⁷² Por. B. Chyrowicz: *Bioetyka czy bioetyki...*, s. 71.

²⁷³ Por. B. Wójcik: *Bioetyka...*, s. 19-23; R. Otowicz: *Etyka życia...*, s. 36.

biologii, prawa, ekonomii, socjologii czy teorii i działań politycznych; w większym stopniu rozstrzygać konkretne, praktyczne problemy²⁷⁴.

1.3.2. Bioetyka jako dyscyplina połowiczna

W kontekście braku zgody co do jedności i naukowego charakteru bioetyki jest głoszony metaetyczny pogląd, że bioetyka jest dyscypliną połowiczną. „W pierwszej połowie stanowi [ona] społeczny dyskurs, w którym uczestniczą obywatele, w tym przedstawiciele rozmaitych zawodów, dyskutując aktualne problemy bioetyczne. Natomiast w drugiej połowie bioetyka jest akademicką dyscypliną uprawianą na uczelniach i w instytucjach naukowych. Tę część bioetyki, jak wiele dyscyplin akademickich, charakteryzuje zróżnicowanie stanowisk badawczych i odwołanie się do różnych, nieraz przeciwstawnych, podstaw teoretycznych. Stąd usprawiedliwione jest mówienie o odmiennych sposobach uprawiania bioetyki jako dyscypliny akademickiej”²⁷⁵.

Na takie metodologiczne rozdzielenie bioetyki znacząco wpłynęły uwarunkowania społeczne i polityczne rewolucji bioetycznej, zwłaszcza w USA. W dyskusję nad palącymi problemami włączyli się specjaliści różnych naukowych dziedzin, przedstawiciele rozmaitych poglądów etycznych i religijnych, ale także politycy oraz zwykli obywatele. Prace rozpoczęły liczne komisje podejmujące problematykę bioetyczną, w celujące wypracowania reguł postępowania łączących różne stanowiska i opinie, np. Narodowa Komisja dla Ochrony Osób w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych (działająca w latach 1974-1978, powołana przez Kongres USA) oraz Prezydencka Komisja ds. Studiów nad Etycznymi Problemami w Medycynie oraz w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych. Na gruncie polskim przykładem takich gremiów był Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, powołany do istnienia w 2004 roku²⁷⁶.

Działalność bioetycznych ciał kolegialnych zazwyczaj jest oceniana pozytywnie. Wypracowane przez nie zasady mogą mieć wpływ na opinię publiczną czy władze, zwłaszcza ustawodawcze, a nawet na praktykę badawczą. Zadowolający

²⁷⁴ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 25-27.

²⁷⁵ K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 43.

²⁷⁶ Por. tamże, s. 43-44.

jest fakt, że pomimo różnic między przedstawicielami różnych nurtów i światopoglądów, porozumienie, kompromis jest możliwy²⁷⁷.

Powołanie tego typu gremiów uważa się za instytucjonalizację bioetyki jako dyskursu społecznego²⁷⁸. Dyskurs ten, we wzorcowym przykładzie, składa się z czterech etapów: publicznej debaty nad problemami, zgłaszaniu zapotrzebowania na regulacje etyczne, powołaniu zespołu ekspertów oraz ponownej publicznej debaty nad rekomendacjami zespołu. Etapem najważniejszym jest moment powołania zespołu ekspertów, który tworzy dyrektywy zgodnie z zapotrzebowaniem społecznym. Dyrektywy te dają etyczne wskazówki pożądanego rozstrzygnięcia kontrowersji etycznych, wytyczają kierunki społecznej debaty i budują etyczne ramy dla prawa medycznego stanowiącego w parlamentach. Zdarza się, że w dyskursie społecznym zostaje pominięty któryś z etapów, najczęściej ostatni, czyli ponowna debata publiczna.

Podstawową procedurą dochodzenia do regulacji bioetycznych w dyskursie społecznym jest konsensus. Powoływane ciała kolegialne, narodowe lub krajowe komitety bioetyczne są tworzone z ekspertów o różnych przekonaniach filozoficznych, religijnych, politycznych itp. Odzwierciedla to w dobry sposób zróżnicowanie światopoglądowe współczesnych społeczeństw demokratycznych. To zróżnicowanie uniemożliwia jednak odwołanie się do jednej wspólnej teorii etycznej, dającej podstawy do regulacji prawnych. Przed bioetykami stało zatem zadanie opracowania sposobu dochodzenia do wskazówek rekomendowanych przez ciała kolegialne. Jest to o tyle istotne, że wskazówki te mają być zaleceniami etycznymi. W tym względzie nie dziwi fakt, iż ze sprzeciwem spotkał się pomysł głosowania (jak np. w parlamentach), w którym większość decydowałaby o normach bioetycznych. Dlatego właśnie zrodził się pomysł, by w kwestiach bioetycznych głosowanie zastąpić poszukiwaniem konsensusu i dążeniem do spójności uzyskiwanych zasad²⁷⁹.

²⁷⁷ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 27-28.

²⁷⁸ Wagę tego dyskursu sygnalizuje Europejska Konwencja Bioetyczna z 1997 roku. W rozdziale X, w artykule 28 czytamy: „Strony uznają, że podstawowe problemy związane z rozwojem biologii i medycyny mogą być przedmiotem debaty publicznej, uwzględniającej zwłaszcza istotne implikacje medyczne, społeczne, ekonomiczne, etyczne i prawne tych problemów, oraz uznają, że możliwe zastosowania osiągnięć biologii i medycyny podlegają odpowiednim konsultacjom”.

²⁷⁹ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 47.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa rodzaje konsensusu, a mianowicie konsensus pluralistyczny oraz konsensus częściowy²⁸⁰. Konsensus pluralistyczny jest osiągany w procesie dyskusji i wzajemnych kompromisów wszystkich debatujących stron. Jego słabą stroną jest zbytne nakierunkowanie na uspołecznienie dyskursu etycznego, traktowanie pryncypiów moralnych jak reguł pochodzących wyłącznie ze społecznego nadania, co sprowadza dyskurs bioetyczny do dyskursu polityczno-prawnego, w którym debatujące strony potrafią zrezygnować z części własnych przekonań moralnych dla osiągnięcia założonych celów politycznych²⁸¹. Konsensus częściowy (ang. *overlapping* – nakładający się), jest oparty na założeniu, że „racjonalni i rozumni ludzie wychowani we wspólnej tradycji kulturalnej mają pewną pulę wspólnych – i w tym sensie nakładających się czy też zachodzących na siebie – wartości i przekonań moralnych. Odwołanie się do niej sprawia, że staje się możliwa częściowa zgoda”²⁸². Ten rodzaj konsensusu godzi więc społeczny charakter dyskursu etycznego z zachowaniem jego moralnego podłoża. Osoby zaangażowane w dyskusje bioetyczne godzą się na przyjęcie wspólnych rekomendacji, bardzo często wychodząc od różnych stanowisk etycznych lub religijnych, a kierując się po prostu zasadą szacunku dla osoby i jej poglądów. Ten rodzaj konsensusu nie jest więc chwilowym ustępstwem na rzecz silniejszego, ani też konsensusem politycznym. Jako wady tego rodzaju prób rozwiązania dylematów bioetycznych wskazuje się wymóg pewnego osłabienia tych przekonań, które nie nakładają się na siebie i różnią uczestników debaty oraz skłonność do uproszczeń i filozoficznej powierzchowności ujęć przekonań nakładających się na siebie²⁸³.

Z drugiej strony znany jest pogląd, że w dyskursach etycznych, a co za tym idzie także bioetycznych, kompromis w jakiegokolwiek postaci nie jest możliwy. Tak ostre stanowisko motywowane jest przekonaniem, że zmierzając do kompromisów bioetyka utraci niezależność, przestanie być filozofią moralną, a przekształci się w jeden z wielu mechanizmów życia politycznego. Takie stanowisko przedstawia np. A. Paszewski, który stwierdza, że etyka zajmuje się przekonaniem, co do których nie może być konsensusu, ponieważ nie można udowadniać ich prawdziwości,

²⁸⁰ Por. tamże; zob. także: H.A.M.J. ten Have, H-M. Sass: *Introduction: Consensus Formation in Health Care Ethics*. W: *Consensus Formation in Health Care Ethics*. Red. H.A.M.J. ten Hale, H-M. Sass. Dordrecht 1998, s. 8.

²⁸¹ Por. tamże, s. 48.

²⁸² Tamże.

²⁸³ Por. tamże, s. 49.

a jedynie je uzasadniać²⁸⁴. Często takie stanowisko zajmuje bioetyka katolicka odwołująca się do założeń teologicznych.

Niemniej jednak warto zauważyć, iż sama debata nad zagadnieniami bioetycznymi, niezależnie od możliwości wypracowywania konsensusu, ma bardzo pożądane skutki. Przyczynia się między innymi do uściślenia i wyjaśnienia racji przytaczanych przez strony debaty oraz sprzyja większej społecznej legitymizacji podejmowanych decyzji legislacyjnych. Są wprawdzie problemy, w których konsensus bioetyczny wydaje się niemożliwy, ale jest także szereg zagadnień, co do których możliwe jest osiągnięcie porozumienia. „Dla moralnej kondycji współczesnego pluralistycznego społeczeństwa niezbędne jest w publicznym dyskursie poszukiwanie i precyzowanie dobrych racji dla własnych poglądów, poznawanie racji oponentów i próba ich zrozumienia”²⁸⁵.

1.3.3. Nurty i modele bioetyki

W debacie bioetycznej ścierają się odmienne nurty filozoficzne, etyczne, światopoglądowe. Zdaniem T. Ślipki na arenie współczesnej bioetyki odbywa się starcie dwóch głównych orientacji filozoficzno-etycznych: etycznego absolutyzmu (którego reprezentantem jest etyka chrześcijańska) oraz etycznego relatywizmu (którego głównymi przedstawicielami są utilitaryzm i praktycystyczny sytuacjonizm). Różnica między tymi orientacjami dotyczy formułowania ocen i norm dotyczących sytuacji bioetycznych. Ponadto odmienne jest także uzasadnienie konkretnych rozwiązań. Etyka chrześcijańska odwołuje się najczęściej do idei moralnej godności osoby ludzkiej, z kolei relatywizm moralny opiera się na utilitarnym „rachunku szczęścia” i praktycystycznych przesłankach. Źródła tych różnic należy poszukiwać w odmiennych założeniach filozoficznych (antropologicznych, teoriopoznawczych) obu orientacji. Orientacja chrześcijańska oparta jest bowiem na dualistycznej koncepcji człowieka jako osoby i bytu społecznego, obdarzonego wolnością i ukierunkowanego na współpracę z Bogiem. Natomiast orientacja relatywistyczna opiera się o materialistyczną i naturalistyczną

²⁸⁴ Por. T. Wiścicki: *Majstrowanie przy człowieku (rozmowa z prof. Andrzejem Paszewskim, genetykiem z Instytutu Biochemii i Biofizyki PAN)*. http://www.wiez.com.pl/index.php?s=miesiecznik_opis&id=91&t=778, z dn. 22.03.2010.

²⁸⁵ K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 85-86; por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 31-32.

koncepcję człowieka, zamykającą rzeczywistość tylko w obrębie widzialnego świata²⁸⁶.

W innym ujęciu metaetycznym jest mowa o czterech zasadniczych stanowiskach bioetycznych. Zgodnie z pierwszym (etyka sytuacyjna) nie ma żadnych bezwzględnych i absolutnych reguł moralnych, decyzje są podejmowane w konkretnej sytuacji przez samego lekarza. Drugie stanowisko podkreśla bezwzględny szacunek dla tradycyjnych zasad etyki medycznej (dodatkowo wzmocniony sankcją religijną). Trzeci nurt obejmuje filozofów stosujących w rozstrzyganiu problemów moralnych metody filozofii analitycznej, często sięgających do kantyzmu czy utilitaryzmu. Ostatnia orientacja, szukając oparcia w etyce cnót, głosi sceptycyzm wobec możliwości ostatecznego rozstrzygania problemów moralnych²⁸⁷.

W jeszcze innej klasyfikacji, uwzględniającej obecność w bioetyce określonych teorii etycznych, są wyróżniane następujące stanowiska: ekocentryzm (egoistyczny, antropocentryczny, biocentryczny, patocentryczny, holistyczny); subiektywizm i relatywizm (przyjmujące absolutne poszanowanie autonomii i wolności człowieka); utilitaryzm; kontraktalizm (poszukujący uzasadnienia norm działania w umowie społecznej); personalizm²⁸⁸.

Z kolei ze względu na odniesienie do teorii etycznych można mówić o trzech modelach bioetyki. Bioetyka może być po pierwsze uprawiana w ramach jednej, konkretnej teorii etycznej (np. personalizm). Wówczas jest w zasadzie „starą etyką” odpowiadającą na nowe problemy, związane z postępem w biologii czy medycynie. W drugim modelu bioetyka, mając na uwadze specyfikę swoich dociekań, łączy w sobie elementy zaczerpnięte z różnych teorii etycznych, staje się „hybrydową teorią” (np. pryncypializm). Trzeci sposób uprawiania bioetyki nie odwołuje się wprost ani do jednej teorii etycznej, ani też do jakiejś formy kompilacji różnych teorii, jest (przynajmniej programowo) pozbawiony filozoficznych podstaw. Rozstrzyganie dylematów ma być oparte o wyniki nauk szczegółowych i zależeć od możliwości biomedycyny. Refleksja bioetyczna ma tu charakter typowo pozytywistyczny, hołdując zasadzie: co możliwe, to moralnie dopuszczalne²⁸⁹.

²⁸⁶ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 442-443.

²⁸⁷ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 22.

²⁸⁸ Por. tamże, s. 25.

²⁸⁹ Por. B. Chyrowicz: *Bioetyka a metafizyka*. „Diametros” 2004, nr 2, s. 172-173.

Patrząc od strony zadań (celów) bioetyki można mówić o bioetyce teoretycznej i bioetyce regulacji. Celem pierwszej jest sformułowanie ogólnych podstaw filozoficznych i etycznych do rozstrzygania problemów moralnych biomedycyny. Bioetyka teoretyczna stawia pytanie, jakie istotne kwestie dotyczące wartościowania należy wziąć pod uwagę, aby zbudować podstawę racjonalnej i odpowiedzialnej decyzji. Natomiast celem drugiej jest osiągnięcie kompromisu na poziomie praktycznych zasad postępowania, ustalenie reguł możliwych do przyjęcia przez wszystkie strony debaty²⁹⁰.

Klasyfikacji stanowisk bioetycznych dokonuje się także ze względu na sposób uprawiania (metodę) bioetyki. Mówi się np. o modelach deduktywistycznych i niededuktywistycznych²⁹¹. Pierwszy model charakteryzuje się tym, że bioetycy w uzasadnieniu proponowanych rozwiązań dylematów moralnych odwołują się do przyjętych przez siebie teorii moralnych, rozumują „z góry w dół”, czyli od podstawowych zasad systemu etycznego do szczegółowych norm, które mają być zastosowane w konkretnych przypadkach. W tym znaczeniu bioetyka stanowi etykę szczegółową oraz etykę aplikacyjną (stosującą ogólne normy do szczegółowych problemów bioetycznych). Do tej grupy zaliczyć można personalizm chrześcijański, odwołujący się do teorii prawa naturalnego, kantowską etykę obowiązku oraz utilitaryzm²⁹².

Wobec trudności, na jakie natrafia model deduktywistyczny – tj. zbyt długa droga od naczelných twierdzeń do norm szczegółowych, lawinowy rozwój biomedycyny oraz rosnące zróżnicowanie światopoglądowe – pojawił się model niededuktywistyczny uprawiania bioetyki, którego najbardziej popularnymi odmianami są: etyka czterech zasad (pryncypializm), etyka analityczna, kazuistyka, feministyczna etyka opiekuńczości, bioetyka komunitarystyczna (wspólnotowa), bioetyka kulturowa oraz etyka troski ograniczonej sprawiedliwością²⁹³. Charakterystyczne dla większości tych sposobów uprawiania bioetyki jest nastawienie medyczne oraz brak pełniejszego teoretycznego uzasadnienia: odwołując

²⁹⁰ Por. A. Przykulska-Fischer: *Bioetyka regulacji...*

²⁹¹ Podział ten został wprowadzony przez T. Beauchampa i J. Childressa: *Zasady etyki medycznej*. Warszawa 1996, s. 22 i n.; por. L. Niebrój: *Bioetyka...*, s. 196-202.

²⁹² Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 55.

²⁹³ Por. tamże, s. 56.

się do powszechnych przekonań moralnych stają się one niejako teoriami bez teorii²⁹⁴.

Nie dla wszystkich pluralizm w bioetyce był łatwy do zaakceptowania. Stąd pojawił się pomysł odrzucenia dotychczasowych modeli etycznych i zastąpienia ich „nową etyką”, wyznaczającą ogólne reguły moralne dotyczące sytuacji bioetycznych. Istotnym wydarzeniem wpisującym się w ten pomysł było sympozjum w Warnie, zorganizowane przez UNESCO w 1975 roku. W *Końcowym sprawozdaniu* z tegoż sympozjum jego uczestnicy przyjęli wiele postulatów, wśród których najistotniejsze wydają się następujące:

1. niezbędne jest opracowanie nowej wizji świata, uwarunkowanej ogólnym postępem wiedzy;
2. konieczne jest zbudowanie nowej etyki, której celem będzie oddanie na usługi człowieka i społeczeństwa zdobyczy wiedzy;
3. istotna jest współpraca między genetykami i etykami w celu przemyślenia i wyjaśnienia swych poglądów, jak również ustalenie stanowisk uwzględniających postępy wiedzy w kontekście wymogów moralności opartych na fundamencie praw człowieka. Osiągnięte zaś w ten sposób wyniki pozwolą opisać przewodnie idee nowej funkcjonalnej etyki, odpowiadającej obecnym i nadchodzącym czasom²⁹⁵.

Ważnym głosem w debacie na temat potrzeby stworzenia nowej etyki jest stanowisko, że wszystko, co okazuje się celowe i pożądane z punktu widzenia nauk biologicznych, powinno być uznane za godne moralnej aprobaty i dopuszczalne. Etyka w tym ujęciu byłaby więc tylko zbiorem moralnych wskazań spisanych pod dyktando genetyki i innych nauk biologicznych. Kryterium zaś moralnego dobra stanowiłaby racjonalność stosowanych przez te nauki metod manipulacyjnych. W myśl tych założeń należałoby odrzucić wszystkie zasady moralne dawnych ujęć etycznych, ewentualnie pozostawić tylko te, które nie przeszkodziłyby w realizacji postępu badań naukowych. Zdaniem autorów takiej koncepcji (np. J. B. S. Haldane, R. G. Edwards, H. J. Muller, J. Lederberg, J. Huxley), wszystko, co jest technicznie

²⁹⁴ Por. tamże, s. 65.

²⁹⁵ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 103-104.

możliwe, jest dobre moralnie. To nie nauka ma się dostosowywać do etyki, ale na odwrót – etyka do nauki²⁹⁶.

Interesujący w kontekście tworzenia „nowej etyki” jest pomysł B. Ribesa, stworzenia etyki, który zawierałby niezbędny zestaw wskazań moralnych, nie abstrakcyjnych, lecz zachowujących powszechną ważność, która umożliwi wzniesienie się ponad przeciwstawne żądania różnych nauk biologicznych i regulacje „tego, co jest użyteczne” w kategoriach „tego, co jest konieczne”. Podstawową kategorią B. Ribesa, aksjologicznym źródłem wytycznych i dyrektyw dla nowej etyki jest kategoria życia, rozumianego nie tylko przyrodniczo, ale jako byt przeniknięty pewną „logiką życia”. Życia tak rozumianego nie da się wyjaśnić tylko na podstawach fizyko-chemicznych, jego „logika” mówi, że jest ono czymś „samym w sobie”, że istnieje w kimś Innym (odniesienie do innego człowieka), że jest dany jakiś ostateczny projekt życia. Jednak ujęcie to równocześnie wyklucza jakiegokolwiek próby ujawnienia owego projektu, co sprawia, że, według Ribesa, życie jest czymś niezgłębionym, niemożliwym do opanowania i znormalizowania. Koncepcja etyki zbudowana na takiej „logice życia” z jednej strony podkreśla konieczność afirmacji życia, troski o jego rozwój, poszanowanie dla jednostki i jej ochronę, z drugiej podkreśla potrzebę odkrywania nowych możliwości mogących udoskonalić i podnieść jakość życia. Droga do postępu wiedzy powinna być stale maksymalnie otwarta²⁹⁷.

Wśród głosów krytycznych wobec prób tworzenia „nowej etyki” pojawiają się zarzuty, że próby takie wcale nie są „nowe”, ale są odgrzewaniem przeszłych teorii etycznych. Jak zauważa T. Ślipko, autorzy „nowej etyki” prawie dosłownie przekładają na język genetyki i eugeniki normatywne założenia XIX-wiecznego ewolucjonizmu biologistycznego i indywidualistycznego egzystencjalizmu²⁹⁸.

²⁹⁶ Por. tamże, s. 105-106.

²⁹⁷ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 106-107; zob. także: B. Ribes: *Biology and Ethics. Reflection inspired by UNESCO Symposium*. Paryż 1978.

²⁹⁸ Por. tamże, s. 107-109.

2. Charakterystyka wybranych stanowisk bioetycznych

Zróznicowanie stanowisk bioetycznych jest widoczne także w kontekście metody *in vitro*. Stanowiska te różnią się przede wszystkim swoimi filozoficzno-etycznymi założeniami oraz implikacjami dotyczącymi metod wspomagania rozrodu. Zawarta w tej części pracy prezentacja obejmie najpierw główne, klasyczne już nurty refleksji bioetycznej, a następnie kilka współczesnych stanowisk bioetycznych.

2.1. Klasyczne stanowiska obecne w dyskursie bioetycznym

Analizując literaturę przedmiotu można zauważyć, że w dyskursie bioetycznym szczególną rolę odgrywają trzy główne, klasyczne sposoby uzasadnienia norm moralnych: chrześcijańska bioetyka personalistyczna, akcentująca godność osoby ludzkiej; kantowska etyka obowiązku i wypływający z niej nurt deontonomiczny, które uznają za moralnie dobre to, co wynika z wypełnienia obowiązku nakazanego przez odpowiedni autorytet; oraz uzasadnienie utylitarystyczne, akcentujące korzyść, jako normę oceny każdego działania²⁹⁹.

2.1.1. Chrześcijański personalizizm

Tradycja chrześcijańska, a pełniej judeochrześcijańska, wywarła i w dalszym ciągu wywiera istotny wpływ na kształtowanie się moralności w Europie i w Ameryce. Moralność wywodząca się z tej tradycji obejmuje nie tylko normy i oceny moralne, ale także wzorzec człowieka, cel jego życia oraz cnoty i wartości, które mają pomóc w realizacji tego celu. Etyczne uzasadnienie moralności judeochrześcijańskiej ma charakter heteronomiczny: odwołuje się do woli i zamysłu Boga. Obowiązki człowieka wyznacza boskie prawo, skodyfikowane w Dekalogu oraz przykazaniu miłości Boga i bliźniego³⁰⁰. Jest to zatem etyka deontologiczna, oparta na teologii, w której podstawowym argumentem w ocenie moralnej danego czynu jest wiara w Boga i w boskie pochodzenie norm moralnych. Boskie źródło

²⁹⁹ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 50; Tenże: *Personalizm czy utylitaryzm...*, s. 43-52; Tenże: *Uzasadnienia norm moralnych w bioetyce*. „Medycyna Praktyczna” 2004, nr 6, s. 23; T. Styczeń: *Zarys etyki: metaetyka*. Lublin 1974, s. 39-90.

³⁰⁰ Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 28; zob. także: R. Preston: *Etyka chrześcijańska*. W: *Przewodnik po etyce*. Red. P. Singer. Warszawa 2009, s. 124-167.

norm etycznych oznacza, że dobro i zło w działalności człowieka jest zdeterminowane przez Boga, i że wiedza o wartości czynów pochodzi od Niego. Ponadto moralność judeochrześcijańska zakłada, że obowiązkiem człowieka, poza stosowaniem się do przykazań, jest także rozwijanie cnót i przykładowe życie³⁰¹.

Personalizm to uniwersalistyczna i absolutystyczna teoria etyczna odwołująca się do prawa naturalnego. Teoria prawa naturalnego ma swe źródła w pismach filozofów Greckich – Platona i Arystotelesa, a oficjalną doktryną Kościoła katolickiego (który jest głównym przedstawicielem personalizmu) stała się pod wpływem św. Tomasza z Akwinu. Odwołując się do niej, absolutystyczna i oparta na pojęciu obowiązku (deontologiczna) doktryna katolicka odrzuca pluralizm i relatywizm etyczny³⁰².

Naczelnymi zasadami personalizmu chrześcijańskiego mogą być zdania: *homo homini res sacra* (człowiek dla człowieka jest rzeczą świętą) oraz *persona est affirmanda propter se ipsam* (osobie jako osobie należąca jest afirmacja – czyli miłość – dla niej samej). Zasady te stawiają u podstaw moralności godność osoby wraz z jej osobową naturą³⁰³. Moralnie dobre są zatem tylko te czyny, które akceptują godność osoby i służą rozwojowi jej osobowej natury. Z tego założenia wynika, że człowiek nie może być traktowany jako środek do indywidualnych celów poza nim samym³⁰⁴. Osobowa godność przynależna jest każdej ludzkiej istocie od poczęcia do naturalnej śmierci.

Warto wspomnieć, że ujęcie personalistyczne odróżnia godność osoby od godności osobowościowej i godności osobistej. Godność osobista to poczucie bycia kimś ważnym, zajmowanie ważnej pozycji społecznej itp. O godności osobowościowej z kolei decydują cechy biologiczne, psychiczne i moralne. Jest ona związana z wyglądem, zdolnościami i różnymi cechami charakteru, a nabywa się ją wraz z rozwojem osobistym. Może ona także zostać utracona poprzez degradację swojej osoby i pozytywnych cech charakteru. Godność osobowościowa jest bardzo istotna w kontaktach międzyludzkich, ale nie może zostać uznana za wyznacznik dobra moralnego. Nie dotyczy ona bowiem tych, którzy z różnych powodów ją utracili, a jednak mimo to, nie stracili swej godności osobowej. Wartość (godność)

³⁰¹ Por. R. J. Cook, B. M. Dickens: *Etyczne aspekty prawa aborcyjnego*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001, s. 95.

³⁰² Por. tamże.

³⁰³ Por. A. Szostek: *Wokół godności, prawdy i miłości*. Lublin 1995, s. 34.

³⁰⁴ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 53-54; Tenże: *Uzasadnienia...*, s. 25; A. Nawrocka: *W poszukiwaniu...*, s. 76-83.

osoby jest nieutralna, przynależna każdemu bez wyjątku (złemu i dobremu)³⁰⁵. Widać ją wprost w relacjach międzyosobowych, w których drugi człowiek jest dla podmiotu kimś, a nie czymś, bliznim, a nie wrogiem³⁰⁶. Właściwe zaś odniesienie się do drugiego to nie tylko uznanie jego cech fizycznych i psychicznych, ale akceptacja jego samego. Z tego względu odmawianie komukolwiek np. prawa do życia, jest pogwałceniem jego wartości (godności) osobowej. Uznanie wrodzonej godności osobowej przyczynia się do równości między ludźmi. Pomijając tę godność nie da się, według personalistów, zbudować sprawiedliwości społecznej i sprawiedliwego państwa³⁰⁷.

W sporach bioetycznych, dotyczących zwłaszcza początku ludzkiego życia, poza godnością osoby personalizm akcentuje także: godność małżeństwa, troskę o trwałość rodziny, a także szacunek dla przekazywania życia (prokreacji)³⁰⁸. W myśl tej etyki proces prokreacji jest regulowany dwiema podstawowymi wartościami: życiem istoty ludzkiej powołanej do istnienia oraz wyłącznością jej zrodzenia w małżeństwie. W oparciu o te dwie wartości sformułować można różne normy dotyczące przekazywania życia.

Pierwsza z nich podkreśla, że w prokreację zaangażowana jest osoba jako całość – jedność pierwiastka duchowego i cielesnego. Także miłość małżeńska posiada oba te wymiary, a prokreacja nie może być traktowana wyłącznie jako czysty fakt biologiczny.

Druga norma stwierdza, że osoba uczestnicząca w przekazywaniu życia staje się darem dla drugiego człowieka, co ujawnia się szczególnie mocno w intymnej relacji małżonków. Otwarcie na dar osoby-małżonka jest jednocześnie otwartością na dar nowej osoby – dziecka, które może się począć z owej intymnej relacji.

Trzecia norma mówi o tym, że prokreacja dokonuje się w świetle specyficznej dla człowieka celowości. Samo przekazywanie życia posiada swoją wewnętrzną celowość, przekraczającą celowość działania rodziców. Nowe życie, które jest powoływane do istnienia, ma swój własny cel. Nie może być więc traktowane tylko jako środek do jakichś celów określonych przez rodziców. Dlatego rodzice nie mają prawa do dziecka w znaczeniu posiadania prawa do własności.

³⁰⁵ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 54; A. Rodziński: *Osoba, moralność, kultura*. Lublin 1995, s. 32; K. Wojtyła: *Miłość i odpowiedzialność*. Lublin 1982, s. 74.

³⁰⁶ Por. R. Spaemann: *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*. Warszawa 2001, s. 291.

³⁰⁷ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 54-55.

³⁰⁸ Por. Tenże: *Wartość życia ludzkiego w ujęciu etyki personalistycznej*. „Seminare” 2003, nr 19, s. 169-175; Tenże: *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*. W: *Podstawy i zastosowania...*, s. 43-55.

Wreszcie czwarta norma odwołuje się do faktu, że uczestnictwo w prokreacji dokonuje się w perspektywie transcendencji. Prokreacja jest aktem religijnym, przekraczającym doczesność. Życie ludzkie nie jest jedynie owocem miłości rodziców, ale jest darem miłości Boga. Rodzice partycypują w miłości Bożej, zaś tylko Bóg jest pełnią miłości i jej Dawcą. W myśl więc personalistycznych założeń prokreacja jest aktem osadzonym w życiu osobowym człowieka i perspektywie jego transcendentnego przeznaczenia. Nie może być zatem sprowadzana do funkcji płodzenia-reprodukcji³⁰⁹.

Przeciwnicy tego ujęcia etycznego zwracają uwagę na kilka poważnych jego trudności. Mianowicie etyka ta zakłada istnienie Boga, co dla wielu ludzi może być nie do przyjęcia. Także boskie pochodzenie norm moralnych budzi wątpliwości. Nie sposób bowiem jednoznacznie rozstrzygnąć, czy coś jest dobre dlatego, że jest dobre, czy dlatego, że Bóg za takie je uznaje³¹⁰. Gdy przyjmie się, że coś jest dobre dlatego, że takie jest, uznaje się autonomię moralności względem Boga, co w konsekwencji prowadzi do stwierdzenia, że Bóg nie jest wszechmocny. Z kolei przy założeniu, że coś jest dobre dlatego, że Bóg je za takie uznaje, trzeba by przyjąć, że gdyby Bóg chciał, by np. morderstwo było czynem moralnie dobrym, to takowym by się stało. Intuicja jednak podpowiada, że takie postawienie sprawy jest raczej nie do przyjęcia. Jeszcze inną trudnością w etyce personalistycznej jest założenie, że jedynym źródłem, z którego można dowiedzieć się o tym, czego Bóg żąda od człowieka jest Biblia – a jak wiadomo, ten święty tekst często dopuszcza wiele, nierzadko sprzecznych ze sobą, interpretacji³¹¹. Trudność ta jednak wydaje się być przezwyciężona poprzez związanie etyki z doktryną poszczególnych Kościołów, które swoje zasady moralne zamieszczają w odpowiednich tekstach³¹².

Pełną realizację założeń personalizmu chrześcijańskiego widać w stanowisku Kościoła katolickiego. Ocena metody *in vitro* we wszystkich jej odmianach w tym ujęciu jest całkowicie negatywna. Metoda ta bowiem narusza godność osoby ludzkiej. Każdemu człowiekowi przysługują konkretne prawa, w tym najważniejsze prawo do życia, od poczęcia do naturalnej śmierci. Prawo to jest pierwszorzędne

³⁰⁹ Por. G. Hołub: *Przekazywanie życia*. W: *Encyklopedia bioetyki...*, s. 463-466.

³¹⁰ Widoczne jest tu nawiązanie do dylematu Eutyfrona: Platon: *Dialogi*. T. 1. Kęty 1999, s. 505-538.

³¹¹ Por. P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 29; B. Dupré: *50 teorii filozofii, które powinnyś znać*. Warszawa 2008, s. 69-71.

³¹² Np. w Kościele katolickim wykładnię na temat norm moralnych można znaleźć w zbiorach orzeczeń soborowych i papieskich, orzeczeń synodalnych, encyklikach papieskich, listach duszpasterskich, instrukcjach urzędów kościelnych, Katechizmie Kościoła Katolickiego; podobnie w Kościele protestanckim w orzeczeniach synodalnych.

i nie podlega żadnej dyskusji. Wiąże się ono ściśle z ideą świętości i nienaruszalności życia ludzkiego. Techniki in vitro natomiast nie respektują tego prawa. Dochodzi w nich do powoływania życia w sposób sztuczny, niezgodny z naturą; nowy człowiek zostaje sprowadzony do „rzeczy wyprodukowanej”, a nie jest owocem intymnej miłości małżeńskiej. Ponadto prawo do życia zostaje złamane poprzez ryzyko uśmiercania nadliczbowych embrionów, kriokonserwację, wykorzystywanie ich do innych celów, np. eksperymentów medycznych. Godność osoby jest niszczona także poprzez: procedury inżynierii genetycznej, sterowanej zwłaszcza myśleniem eugenicznym; dawstwo gamet; wykorzystywanie instytucji matki zastępczej; posiadanie dzieci przez pary nie żyjące w związkach małżeńskich, osoby samotne, czy homoseksualne. Metoda in vitro uderza także w godność małżeństwa, szacunek dla prokreacji oraz jedność i trwałość rodziny. Prokreacja może dokonywać się tylko w małżeństwie i w zgodzie z naturalnymi predyspozycjami. Sztuczne zapłodnienie sprawia, że akt małżeński, który ma znaczenie jednoczące i prokreacyjne, zostaje pominięty, zastąpiony jest technicznym działaniem³¹³.

Nieco odmienną ocenę metody in vitro można spotkać w doktrynie polskiego Kościoła ewangelicko-augsburskiego³¹⁴, również odwołującego się do nurtu personalistycznego. Źródłem dla stanowiska tego Kościoła jest biblijny nakaz płodności (Rdz 1,28a). W związku z nim ewangelicka etyka seksualna, będąca etyką rodziny, uznaje za moralnie godziwe korzystanie z metody in vitro w celu rodzicielskiego spełniania³¹⁵. Kościół ten opowiada się jednak tylko za dopuszczeniem metod in vitro homologicznego, gdy gamety pochodzą od rodziców/mążonków. Z negatywną oceną spotyka się in vitro heterologiczne i korzystanie z instytucji matki zastępczej oraz tworzenie i przechowywanie

³¹³ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 195; P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 87-94; T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 169-195; A. Muszala: *Sztuczne zapłodnienie...*, s. 536-543.

³¹⁴ Wspólnota tego Kościoła jest najliczniejszym w Polsce Kościołem protestanckim. Jego zasady wiary są oparte na Konfesji Augsburskiej z 1530 roku, a zwierzchnią władzą ustawodawczą jest Synod, będący niejako parlamentem Kościoła. Zadaniem Synodu jest uchwalanie wszelkich praw kościelnych i rozstrzyganie spraw bieżących. W Polsce w skład Synodu wchodzi ok. 70 osób, między innymi Biskup Kościoła, biskupi diecezjalni i biskup wojskowy, delegaci duchownych i świeckich. Kadencja Synodu trwa 5 lat. Por. *Kościół Ewangelicko-Augsburski akceptuje in vitro*. <http://www.wprost.pl/ar/159062/Kosciol-Ewangelicko-Augsburski-akceptuje-in-vitro/>, z dn. 12.04.2010.

³¹⁵ Por. *Oświadczenie Kościoła ewangelicko-augsburskiego w RP w sprawie dopuszczalności stosowania metody in vitro* (Warszawa, 19.04.2009). <http://www.luteranie.pl/pl/index.php?D=3354>, z dn. 16.11.2010.

zamrożonych embrionów bez wyraźnego celu późniejszej implantacji do organizmu matki, a także wykorzystanie ich do celów badawczych³¹⁶.

Kościół luterński dostrzega rangę problemów związanych z biotechnologią, zwłaszcza ich obecność w debacie społecznej. Zauważa on, że od 1978 roku ludzkość dysponuje wspomaganie prokreacji metodą *in vitro*, która bardzo wielu ludziom dotkniętym dramatem niepłodności pozwoliła spełnić pragnienie posiadania potomstwa. Wobec niewypracowania ogólnego stanowiska, obejmującego wszystkich Luteran na świecie, polski Kościół luterński opowiada się za akceptacją stosowania metody *in vitro* jako drogi leczenia niepłodności i formę wspierania rodziny. Ponadto apeluje o pomoc finansową ze strony państwa i moralne wsparcie ze strony Kościoła dla małżeństw przeżywających dramat bezpłodności i poszukujących sposobów jej przezwyciężenia. Nie do przyjęcia jest bowiem takie postawienie sprawy, że techniki *in vitro* będą tylko przywilejem dla najbogatszych. Kościół ten nie widzi zagrożenia polegającego na tym, że metoda ta może spowodować traktowanie dzieci jako jednego z dóbr konsumpcyjnych, jest ona bowiem ostatecznością, a nie zachcianką niedoszłych rodziców. W związku zaś z faktem, że pociąga ona za sobą konieczność skomplikowanego leczenia, powinna być poprzedzona głębokim namysłem małżonków³¹⁷.

2.1.2. Kantowska etyka obowiązku i nurt deontonomiczny

Świeckie podstawy uniwersalistycznej, absolutystycznej etyce deontologicznej (opartej na poczuciu obowiązku) dało dzieło Immanuela Kanta³¹⁸. Wpisując się w zachodnią tradycję prawa naturalnego, Kant stwierdza, że ludzi cechuje wrodzony szacunek dla prawa moralnego, naturalna zdolność rozróżniania dobra i zła, cnót i wad. Jednocześnie jednak kategorycznie odrzuca możliwość uzasadniania moralności czy reguł moralnych danej społeczności przez odwołanie się do natury i prawa naturalnego, jak również żaden system prawa pozytywnego nie może być autorytatywnym modelem dla wszystkich³¹⁹.

³¹⁶ Por. *Poparcie dla in vitro ze strony Luteran*. http://www.rp.pl/artukul/81429,293244_Poparcie_dla_in_vitro_ze_strony_luteran.html, z dn. 12.04.2010.

³¹⁷ Por. *Kościół luterński za „in vitro”*. <http://www.ekumenizm.pl/article.php?story=20090419125200591>, z dn. 12.04.2010.

³¹⁸ Por. R. J. Cook, B. M. Dickens: *Etyczne aspekty...*, s. 95.

³¹⁹ Por. O. O'Neill: *Etyka Kantowska*. W: *Przewodnik po etyce...*, s. 215.

Zastosowanie rozróżnienia aprioryczne/aposterioryczne w etyce prowadzi Kanta do przekonania, że uniwersalne mogą być tylko zasady, wartości i postawy moralne, które są oczywiste dla wszystkich rozumnych osób oraz wspólne jednostkom i społeczeństwom niezależnie od ich systemów przekonań czy orientacji. Jego formalistyczne podejście do etyki nie wskazuje żadnych konkretnych praw czy powinności. Wszelkie reguły etyczne, postawy i tradycje moralne powinny być oceniane zależnie od tego, w jakiej mierze szanują i umacniają godność, wolność i bezpieczeństwo wszystkich ludzi. Dla takiego modelu prawa naturalnego apriorycznie oczywistymi cechami natury ludzkiej stają się odpowiedzialność, wrażliwość, dyskusja, wzajemna pomoc i troska, a w sytuacjach skrajnego niebezpieczeństwa – solidarność ludzka³²⁰.

Kant poszukiwał prawa moralnego odkrywanego przez człowieka za pomocą rozumu. Poszukiwał najwyższej, absolutnie obowiązującej, uniwersalnej zasady moralnej, którą nazwał imperatywem kategorycznym. Imperatyw kategoryczny różni się od norm, które w Dekalogu również zostały sformułowane w formie kategorycznej, ale nie mają charakteru uniwersalnego (dotyczą konkretnych, a nie wszelkich możliwych działań). Kant nie poszukiwał wskazówek moralnych, lecz prawa moralnego, które określałoby obowiązki ludzi *a priori*, niezależnie od rodzaju czynu i jego konsekwencji³²¹.

Imperatyw kategoryczny został przez Kanta sformułowany w trzech wersjach, które uwzględniają trzy formalne warunki stawiane zasadom: winny być racjonalnie uogólniane; muszą respektować istotę rozumną jako cel wszelkich działań; powinny uwzględniać autonomię jednostki.

Pierwszy z wyżej wymienionych warunków oznacza, że zasada działania musi być nie tylko uniwersalna, lecz powinna gwarantować wzajemną spójność wszelkich działań (nie mogą sobie wzajemnie zaprzeczać). Poszukiwanie zasady, która spełnia te wymogi, doprowadziło Kanta do sformułowania pierwszej wersji imperatywu kategorycznego: „postępuj tylko według takiej maksymy, dzięki której możesz zarazem chcieć, żeby stała się powszechnym prawem”³²².

Drugi warunek zakłada, że godność człowieka wypływa z jego rozumności. Ponieważ każdy jest rozumny, więc przysługuje mu godność i zasługuje na

³²⁰ Por. H-M. Sass: *Etyka transkulturowa...*, s. 37-39.

³²¹ Por. B. Dupré: *50 teorii...*, s. 86-89.

³²² I. Kant: *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Warszawa 1984, s. 50.

szacunek. Każdy człowiek powinien być zatem traktowany przez innych z poszanowaniem jego godności, a nie wykorzystywany i traktowany instrumentalnie³²³: „postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twojej osobie, jako też w osobie każdego innego, używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka”³²⁴. Z tej formuły wynikają te same powinności, które są zawarte w pierwszej wersji imperatywu. Trzeba jednak zauważyć, że druga wersja wskazuje na prawo wszystkich ludzi do godnego traktowania i nakłada obowiązek przestrzegania przez wszystkich tego prawa. Gdy rozpozna się wartość samego siebie, konieczne jest uznanie tej samej wartości u wszystkich innych ludzi, traktowanie innych jako środka do własnych celów podważa i niszczy ich podmiotowość³²⁵.

Trzeci warunek oznacza, że prawo moralne nie jest heteronomiczne, lecz autonomiczne, jest częścią natury człowieka. Jest ono nie tylko rozpoznane przez człowieka, ale przyjęte jako obowiązek. Człowiek racjonalnie „samodeterminuje” swe czyny – może podjąć decyzję, by działać moralnie lub niemoralnie: jeżeli wybiera postępowanie moralne, to wybiera samodoskonalenie, postępuje zgodnie z godnością swej natury. Przyjęcie prawa moralnego oznacza, że człowiek staje się członkiem wspólnoty, na równi z innymi członkami wspólnoty rozumie, akceptuje i spełnia prawo moralne. Trzecia wersja imperatywu Kanta brzmi: „postępuj tak, jak gdyby maksyma twojego postępowania przez wolę twą miała się stać ogólnym prawem przyrody”³²⁶.

Trzy wersje imperatywu to swoisty, trzystopniowy test oceny moralnej. Aby ocenić konkretne ludzkie działanie, należy: sprawdzić, czy norma moralna powszechnie stosowana nie powoduje swojego zaprzeczenia; zbadać, czy normy moralne nie dopuszczają do instrumentalnego traktowania ludzi; określić, czy norma moralna może zostać zaakceptowana przez wszystkich³²⁷. Aby poddać pełnej ocenie moralnej dane działanie, należy uwzględnić intencje ludzi. Zdaniem Kanta, działanie jest moralnie dobre, jeżeli człowiek nie wykonuje go pod wpływem uczuć i skłonności, ale z obowiązku określonego imperatywem³²⁸.

Znawcy tematu podkreślają jednak ograniczenia deontologii Kanta. Pierwszy problem związany jest z sytuacją, w której pojawia się konflikt między obowiązkami

³²³ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 38-39.

³²⁴ Por. I. Kant: *Uzasadnienie metafizyki...*, s. 62.

³²⁵ Por. B. Dupré: *50 teorii...*, s. 89.

³²⁶ Por. I. Kant: *Uzasadnienie metafizyki...*, s. 51.

³²⁷ Por. *Z historii etyki*. <http://portal.wsiz.rzeszow.pl/plik.aspx?id=9245>, z dn. 14.06.2010.

³²⁸ Por. W. Tatarkiewicz: *Historia filozofii*. T. 2. Warszawa 2009²², s. 201-202.

działania w zgodzie z różnymi imperatywami kategorycznymi, których konsekwencje mogą być ze sobą sprzeczne. Którym wówczas należy przyznać pierwszeństwo i dlaczego? Inny problem związany jest ze sformułowaniem imperatywów kategorycznych. Choć mają one być zastosowane do wszystkich, mogą jednak zostać tak przedstawione, że w rzeczywistości będą dotyczyć tylko niewielkiej grupy społeczeństwa³²⁹.

Etyka Kanta wpisuje się w deontonomiczne uzasadnienie norm moralnych w etyce (gr. *deon* – powinność, *nomos* – nakaz, prawo)³³⁰. Nurt ten zakłada, że dobre jest to, co nakazuje odpowiedni autorytet. Można mówić o deontonomizmie autonomicznym, w którym autorytetem jest podmiot sam dla siebie (I. Kant), oraz o deontonomizmie heteronomicznym (gr. *heteros* – zewnętrzny, obcy), w którym autorytet jest zewnętrzny w stosunku do podmiotu, np.: państwo (zasady moralne są narzucane przez państwo i ustanowione w nim prawo), wola Boga (trzeba znać jej nakazy), społeczeństwo, klasa, wódz, partia. Zdaniem krytyków deontonomizmu, wywodzenie nakazów moralnych z autorytetu – państwa (T. Hobbes), klasy społecznej (K. Marks), obowiązujących obyczajów społecznych (E. Durkheim) lub indywidualnej decyzji człowieka (I. Kant, J. P. Sartre) – jest nie do przyjęcia; procesy społeczne, obyczaje czy też prawo państwowe, nie mogą być bowiem uzasadnieniem moralności, gdyż wcale z tego, że dane społeczeństwo postępuje w jakiś sposób, nie wynika, że postępuje ono właściwie³³¹.

Odnosząc założenia nurtu deontonomicznego do zagadnień bioetycznych, w tym do metody *in vitro*, trzeba stwierdzić, że nie ma sprecyzowanych, jasnych reguł dotyczących postępowania w tych kwestiach. Ujęcie to nie podaje gotowych uzasadnień nakazów moralnych, ale rozstrzygnięcie o nich powierza autorytetowi. W zależności więc od woli i decyzji autorytetu (np. woli jednostki, obowiązującego prawa itd.) metody sztucznego zapłodnienia i inne działania biomedyczne będą oceniane jako moralnie godziwe bądź nie.

³²⁹ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 39.

³³⁰ Por. T. Biesaga: *Deontonomizm*. W: *Powszechna encyklopedia filozofii*. Red. A. Maryniarczyk. T. 2. Lublin 2001, s. 488-490; Tenże: *Uzasadnienia...*, s. 24.

³³¹ Por. Tenże: *Elementy etyki...*, s. 52. Nazistowscy lekarze działali zgodnie z prawem swego państwa i narodową ideologią, nie oznaczało to jednak, że ich postępowanie było moralnie dobre. Zaś oskarżenie ich o zbrodnię przeciw ludzkości było równoznaczne z odrzuceniem takiego uzasadnienia. Por. tamże, s. 53.

2.1.3. Uzasadnienie utylitarystyczne

Stanowiskiem alternatywnym wobec personalizmu chrześcijańskiego i kantowskiej etyki obowiązku jest konsekwencjalizm, najczęściej realizowany w wersji utylitaryzmu pragmatycznego³³². Zgodnie z tym nurtem etycznym, którego podstawy nakreślił Jeremy Bentham, podstawą oceny moralnej są skutki czynu. Ocena czynu i działającego podmiotu zależy od użyteczności działania, czyli jego korzystnych skutków. Ponieważ zależą one od okoliczności, więc rządzące postępowaniem reguły nie są ani powszechne ani wieczne, lecz zależą od miejsca, czasu i czynników faktualnych³³³.

Utylitaryzm (łac. *utilitas* – korzyść) za swoją naczelną zasadę uznaje maksymalizację korzyści dla możliwie jak największej liczby osób³³⁴. Zasada ta wzbudza jednak ważne pytanie: jakiego rodzaju korzyści uważane są za wartościowe dla człowieka? Na to pytanie proponuje się różne odpowiedzi. Jedna z nich podkreśla, że wszystkie ludzkie dążenia, pragnienia i potrzeby można zredukować do przyjemności i cierpienia, a zatem podstawową korzyścią powinna być *przyjemność*, której przeciwieństwem jest cierpienie. To stanowisko nosi nazwę utylitaryzmu hedonistycznego (jego prekursorem był Epikur). Inna odpowiedź wskazuje na *szczęście* jako podstawową wartość. Ta propozycja nosi nazwę utylitaryzmu eudajmonistycznego. To kryterium użyteczności wprowadził John Stuart Mill, rozumiejąc przez szczęście przyjemność i brak cierpienia³³⁵. W jeszcze innej koncepcji za korzystne uznane jest wszystko to, co człowiek uważa za wartościowe, np. przyjaźń lub wiedza. Ta propozycja nosi nazwę utylitaryzmu idealistycznego³³⁶.

³³² Więcej na temat tego kierunku: J. Bentham: *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*. Warszawa 1968; J. S. Mill: *Utylitaryzm: o wolności*. Warszawa 2006; G. Hołub: *Utylitaryzm we włoskiej bioetyce laickiej*. W: *Podstawy i zastosowania...*, s. 55-72.

³³³ Por. R. J. Cook, B. M. Dickens: *Etyczne aspekty...*, s. 95-96.

³³⁴ Por. W. Tatarkiewicz: *Historia filozofii...*, t. 2. s. 142; Ph. Pettit: *Konsekwencjalizm*. W: *Przewodnik po etyce...*, s. 272; W. Tyburski, A. Wachowiak, R. Wiśniewski: *Historia filozofii i etyki do współczesności*. Toruń 2002, s. 335-336.

³³⁵ W innych systemach etycznych szczęście jest rozmaicie definiowane. Arystoteles twierdził na przykład, że szczęście jest działaniem duszy w zgodzie z doskonałą cnotą. Z kolei Tatarkiewicz, że jest to trwałe, pełne i uzasadnione zadowolenie z życia. Obie te definicje rodzą wiele wątpliwości i skłaniają do pytania: co należy robić, by szczęście osiągnąć? Por. W. Tatarkiewicz: *Historia filozofii*. T. 1. Warszawa 2009²², 130-131; M. Jaworski: *Władysław Tatarkiewicz*. Warszawa 1975, s. 90-91; W. Tatarkiewicz: *O szczęściu*. Warszawa 2008.

³³⁶ Por. R.G. Goodin: *Użyteczność i dobro*. W: *Przewodnik po etyce...*, s. 284-287; B. Dupré: *50 teorii...*, s. 83.

W myśl utylitaryzmu wszelkie działania powinny być osądzone jako dobre lub złe, lepsze lub gorsze zależnie od korzyści, jakie przynoszą. Sztandarowym więc hasłem tego kierunku będzie formuła: „największe korzyści dla największej liczby ludzi”. Kierunek ten nie cofa się przed wnioskami etycznymi niezgodnymi z tym, co podpowiada ludzka intuicja. Już jednak Bentham głosił, że jest to jedna z podstawowych zalet utylitaryzmu. Zapewnia ona bowiem racjonalne i naukowe podstawy dla podejmowania decyzji moralnych i społecznych, w przeciwieństwie do niespójnych i chaotycznych intuicji, na których opiera się tak zwane prawo naturalne. Bentham wprowadził rachunek, który ma mierzyć i porównywać różne ilości bólu i przyjemności wywołane przez określone działania. Według niego poszczególne przyjemności różnią się od siebie tylko pod względem ilościowym, nie ma między nimi różnicy co do jakości. Uzupełnieniem tych założeń było stanowiska John’a Stuart’a Mill’a, które do zmiennych określających ilość przyjemności (np. czas trwania i intensywność) dokłada jakość przyjemności. W ten sposób wprowadził podział na przyjemności wyższe (bardziej wartościowe) i niższe (mniej wartościowe). Koncepcja ta zakłada jednak konieczność wprowadzenia jakichś kryteriów pozwalających te rodzaje przyjemności rozróżnić³³⁷.

Utylitaryzm ma więc różne odmiany, od egoistycznego hedonizmu, aż do materialistycznego, ekonomicznego globalizmu. We współczesnych rozważaniach filozoficzno-etycznych zauważyć można ponadto konkurowanie dwóch form tego kierunku, a mianowicie utylitaryzmu czynów/działania (który kieruje się sumą korzyści wynikających z danego czynu dla większej liczby ludzi) oraz utylitaryzmu reguł/zasad (który akcentuje także konieczność odwołania się do pewnych zasad – choćby takich jak prawdomówność, dotrzymywanie przyrzeczeń, zobowiązań i obietnic – ich przestrzeganie bowiem może w dalszej perspektywie powiększyć sumę korzyści)³³⁸.

Krytycy podkreślają, że utylitaryzm, opowiadając się za maksymalizacją użyteczności, określa ją w duchu nastawienia naturalistycznego, postdarwinowskiego, w którym największe i podstawowe dobro stanowi przeżycie silniejszych osobników, warunkujące przetrwanie gatunku. Przetrwanie zaś to umożliwia siła biologiczna, ale także materialna, ekonomiczna i militarna.

³³⁷ Por. W. Tatarkiewicz: *Historia filozofii*. T. 3. Warszawa 2009¹⁹, s. 37; B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 33-35.

³³⁸ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 50.

Korzystniejsze więc dla całego gatunku ludzkiego, postępu i całej cywilizacji jest opanowanie dóbr materialnych przez silnych i bogatych³³⁹. Zgodnie z tym założeniem można, i będzie to moralnie akceptowalne, „wymienić” chore dziecko, które ma się narodzić, na zdrowe (aborcja i poczęcie nowego dziecka), można „zlikwidować” człowieka chorego czy starego, a na jego miejsce powołać nowego, młodego i z perspektywami życia oraz rozwoju. Ostatecznie bowiem nie liczy się kto żyje, ale ogólna suma użyteczności³⁴⁰. Utylitaryzm zatem kieruje się założeniem o wyższości społeczeństwa nad jednostką oraz postdarwinowskiego myślenia kategoriami gatunku i selekcji biologicznej. Odrzucając zasadę wrodzonej godności osobowej (w odróżnieniu do personalizmu), dopuszcza segregacje ludzi, przez co umożliwia wykluczenie pewnych grup z prawa do życia, zwłaszcza tych, którzy nie wniosą do społeczności przewidywanych, materialnie wymiernych korzyści. Można w tym kontekście mówić o zasadzie „jakości życia”, odmawiającej wielu ludziom prawa do życia³⁴¹.

Przeciwnicy utylitaryzmu zauważają również, że takie postawienie sprawy – maksymalizacja korzyści i użyteczności – podważa wszelkie normy moralne i inne wartości, a wśród nich wartość osoby ludzkiej. W utylitaryzmie bowiem, w myśl zasady, że powinien przetrwać mocniejszy, nie stoi nic na przeszkodzie, by podważyć wartość życia ludzi np. dotkniętych wadami genetycznymi i innymi ciężkimi chorobami. Wart przetrwania jest tylko ten, którego biologiczny stan organizmu gwarantuje określone korzyści dla gatunku ludzkiego. Utylitaryzm sankcjonuje też choćby aborcję, selekcję prenatalną czy eutanazję, legalizacja tych procedur bowiem może przyczynić się do zwiększenia dobrobytu społecznego³⁴².

Utylitaryzm (w większości swoich odmian) ignoruje także moralny rozwój osoby (zdobywanie sprawności, dyspozycji moralnych, cnót), a kładzie nacisk na zapewnieniu pokoju społecznego i dobrobycie ekonomicznym. Takiemu postawieniu akcentów towarzyszy przekonanie, że nie trzeba wcale być dobrym człowiekiem, by być fachowcem w jakiejś dziedzinie (np. nie trzeba być dobrym człowiekiem, by być dobrym lekarzem). W ten sposób niejako zwolniono z wymagań moralnych ludzi realizujących różne zawody. Cnoty moralne zostały wyparte przez warunek

³³⁹ Por. tamże, s. 50-51.

³⁴⁰ Por. Z. Szawarski: *Moralne problemy dotyczące opieki nad dziećmi nieuleczalnie chorymi. W: W kręgu życia i śmierci...*, s. 226-229.

³⁴¹ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 52, 55.

³⁴² Por. tamże, s. 50-51.

użyteczności i uzyskania korzyści³⁴³. Utylitaryzmowi zarzuca się również, iż w ocenie moralnej bierze pod uwagę jedynie skutki, nie ocenia zaś człowieka i jego motywów³⁴⁴.

Wątpliwości dotyczą także zasady użyteczności, która wydaje się praktycznie bezwartościowa. Jest tak dlatego, że nie sposób poznać pełnych rezultatów każdego działania, zatem wszelkie decyzje moralne i ich oceny w jakimś stopniu pozostają spekulacjami. Nie można ustalić także, w jakim okresie czasu są oceniane skutki danego czynu oraz nie można uznać równocенności skutków danego działania dla różnych ludzi. Wątpliwości budzi także posługiwanie się pojęciem szczęścia lub dobra wielu ludzi jako kryterium moralnej oceny czynów, prowadzące do aprobaty dowolnego zróżnicowania korzyści poszczególnych osób. Utylitaryści próbują rozproszyć te wątpliwości, twierdząc, że można ocenić słuszność lub niesłuszność działania, jeżeli da się przewidzieć jego konsekwencje z dużym prawdopodobieństwem. Najczęściej skutki są oczywiste, w trudniejszych zaś sytuacjach kłopoty z oceną moralną nie świadczą o niedoskonałości teorii, lecz o ułomności ludzkiej natury³⁴⁵.

Na gruncie utylitarystycznych założeń techniki *in vitro* najczęściej spotykają się z pozytywną oceną. Ocena taka oparta jest o następujące założenia: embrión nie jest osobą (jego śmierć w procedurze *in vitro* nie może zatem przesądzać o jej nieetyczności); metoda *in vitro* jako metoda lecznicza przynosi wiele korzyści przede wszystkim dla niepłodnych rodziców (upragnione potomstwo), ale także w jakiejś mierze dla społeczeństwa (genetyczne ulepszanie, badania nad komórkami macierzystymi itd.)³⁴⁶. Jako kryterium dostępności do tej metody, w obu jej odmianach (homologicznej i heterologicznej) utylitacyści wskazują zdolność przyszłych rodziców (względnie rodzica), których pragnienie rodzicielstwa jest silne, do zapewnienia dziecku odpowiednich warunków bytowych³⁴⁷.

Opierając się na rachunku korzyści można zatem stwierdzić, że – patrząc od strony rodziców – metoda *in vitro* winna być szeroko dostępna, gdyż umożliwia pokonanie dramatu bezpłodności, spełnienie pragnienia posiadania potomstwa. Ocena ta jednak nie jest już tak jednoznaczna, gdy jest formułowana od strony

³⁴³ Por. tamże, s. 77.

³⁴⁴ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 36-37.

³⁴⁵ Por. *Z historii etyki...*

³⁴⁶ Por. P. Singer: *Etyka praktyczna*. Warszawa 2003, s. 160.

³⁴⁷ Por. P. Singer, D. Wells: *Dzieci z próbowki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*. Warszawa 1988, s. 81-83.

dziecka, ponieważ spełniony musi zostać warunek zapewnienia odpowiednich warunków. Podobnie poszukując skutków dla społeczeństwa z jednej strony widać pewne korzyści (rozwój medycyny, walka z niżem demograficznym itd.), z drugiej jednak pojawia się pytanie o koszty. Pytanie tym bardziej zasadne, gdy debatuje się nad finansowaniem in vitro z budżetu państwa: przy nasilającym się braku środków, może warto byłoby je przekazać na inne, bardziej korzystne cele, np. walkę z rakiem, ubóstwem, budowę infrastruktury, dofinansowanie szkolnictwa itd.

2.2. Współczesne stanowiska bioetyczne

Cechą charakterystyczną współczesnych ujęć bioetyki jest ich biomedyczny charakter (wąskie ujęcie bioetyki). Skupiają się głównie na rozpoznaniu i etycznej ocenie problemów moralnych wyrastających na gruncie osiągnięć medycyny, biologii, techniki. Do grupy tej należą między innymi pryncypializm (etyka czterech zasad), komunitaryzm, kazuistyka, feministyczna etyka opiekuńczości oraz bioetyka kulturowa i etyka troski.

2.2.1. Pryncypializm

Twórcami pryncypializmu, a właściwie teorii czterech zasad, są Tom Beauchamp oraz James Childress, którzy zawarli podstawy tejże teorii w podręczniku bioetyki noszącym tytuł *Zasady etyki medycznej*³⁴⁸, wydanym w 1979 roku. W ten sposób w miejsce etyki cnót, spopularyzowali w środowisku medycznym etykę zasad³⁴⁹. Cztery podstawowe pryncypia tego kierunku to: poszanowanie autonomii pacjenta, czynienie dobra, nieszkodzenie oraz zasada sprawiedliwości³⁵⁰. Jak zauważa B. Mepham, zasady nieuszkodzenia i dobroczynności są w istocie utylitarystyczne, a zasady poszanowania autonomii i sprawiedliwości – deontologiczne³⁵¹.

Autonomia, o której mowa w pierwszej zasadzie, to możliwość świadomego kierowania sobą, swoim życiem, wręcz – samostanowienia. Pozwala ona na

³⁴⁸ T. Beauchamp, J. Childress: *Zasady etyki medycznej*. Warszawa 1996.

³⁴⁹ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 78.

³⁵⁰ Por. L. Niebrój: *Bioetyka...*, s. 111; R. Gillon: *Etyka lekarska – cztery zasady plus zakres*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001, s. 21.

³⁵¹ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 52.

podejmowanie decyzji, dokonywanie wyborów. Granicą autonomii podmiotu jest autonomia innych osób. Poszanowanie autonomii ma wiele konsekwencji, także w dziedzinie medycyny. Wymaga ono np. uzyskania świadomej zgody pacjenta na podejmowanie mających mu pomóc działań, konieczność dochowania tajemnicy, mówienia prawdy (np. co do diagnozy), właściwego porozumienia, które wiąże się z umiejętnością wrażliwego słuchania oraz mówienia (przekazywania informacji).

Zasady czynienia dobra oraz nieszkodzenia wzajemnie się uzupełniają, często bowiem, zwłaszcza w medycynie, gdy się komuś pomaga, ryzykuje się wyrządzeniem mu szkody. Obowiązek czynienia dobra pacjentowi wymaga więc odpowiedniej oceny ryzyka przy szacowaniu szkód i korzyści, do czego jest konieczne zebranie danych istotnych dla rozważanej interwencji medycznej.

Ostatnia zasada pryncypializmu, sprawiedliwość, jest rozumiana najczęściej jako bezstronność, a wtedy zasadę tę można wyrazić jako obowiązek kierowania się bezstronną oceną konkurencyjnych roszczeń. Za właściwy dla etyki medycznej uznaje się następujący podział obowiązków sprawiedliwości: bezstronny podział niewystarczających środków (sprawiedliwość dystrybucyjna), respektowanie praw innych (sprawiedliwość odwołująca się do praw) oraz równe względem wszystkich respektowanie moralnie akceptowalnego prawa (sprawiedliwość prawna).

Źródłem tych zasad nie jest określona teoria etyczna, lecz moralność będąca wspólnym zbiorem ludzkich przekonań i intuicji moralnych („moralność uniwersalna”)³⁵². Zasady te posiadają charakter norm moralnych *prima facie*; każda z nich zachowuje wartość, dopóki nie wejdzie w konflikt z którąś z pozostałych zasad, a w sytuacji konfliktu trzeba się opowiedzieć za którąś z nich³⁵³. Autorzy tej koncepcji nie podają efektywnego wzorca wyboru konkretnej zasady w sytuacji konfliktu. Proponują raczej, by podmiot dokonał swoistego przeanalizowania norm, polegającego na uszczegóławianiu (specyfikacji) zasad wchodzących w konflikt. Wynikiem takiego działania ma być uzgodnienie uszczegółowionej zasady z sądami moralnymi podmiotu, które umożliwi dokonanie właściwego wyboru³⁵⁴. Metoda ta wymaga więc poszukiwania równowagi między zasadami a przekonaniami moralnymi podmiotu.

³⁵² Por. L. Niebrój: *Bioetyka...*, s. 146.

³⁵³ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 58.

³⁵⁴ Por. J. Rawls: *Teoria sprawiedliwości*. Warszawa 1994, s. 35-36.

Pryncypializm ma umożliwić pracownikom medycznym wywodzącym się z różnych tradycji moralnych akceptację podstawowych zobowiązań, wspólnego języka etycznego oraz wspólnych ram analizy problemów etyki medycznej. Stanowisko to może więc podzielić każdy, niezależnie od tego co za nim stoi – jaka religia, polityka, kultura czy filozoficzna teoria³⁵⁵.

Pryncypializm ma oczywiście swoich krytyków. Bardzo istotną sprawą jest pytanie o zakres obowiązywania czterech zasad – kogo te zasady obowiązują. Komu przysługuje prawo poszanowania autonomii – wszystkim, czy tylko tym, którzy są podmiotami autonomicznymi (mogącymi podejmować świadome decyzje o sobie samym): czy prawo to przysługuje np. dzieciom, osobom upośledzonym psychicznie, głęboko otępiąłym? Podobne wątpliwości dotyczą zasady czynienia dobra: komu i w jakim stopniu należy pomagać? Pryncypializm postuluje także zasadę nieszkodzenia nikomu – czy rzeczywiście zawsze każdemu? Trudno też zawsze spełnić zasadę sprawiedliwości, np. obowiązek bezstronnej dystrybucji niewystarczających środków: czy dać wszystkim w ilości znikomej, czy tylko niektórym w dostatecznej, a może w sytuacji niedoboru nie rozdzielać, zostawiając dystrybucję przyszłym pokoleniom? Dla pracowników medycznych pomocą w rozwiązaniu kwestii związanych ze stosowaniem tych zasad będzie zapewne szczególna relacja z pacjentami, oni wszak są podmiotem czterech zasad³⁵⁶.

Szczególnie ważne, na gruncie pryncypializmu i w kontekście rozważań nad metodą *in vitro*, jest pytanie o prawo do życia – embrionów i płodów, ale także np. pacjentów nieprzytomnych³⁵⁷. Wydaje się, że pryncypializm nie precyzuje jasnych kryteriów przysługiwania i respektowania tego prawa. Odwołuje się w tym zakresie do osądu pracowników medycznych, którzy sami muszą ustalić, co rozumieją przez prawo do życia i komu przysługuje.

Dlatego krytycy pryncypializmu podkreślają, że zasady te są abstrakcyjnymi formułami, oderwanymi od rzeczywistej relacji lekarz-pacjent, od uwarunkowań i złożoności podejmowanych decyzji klinicznych. Zasadom tym brak bowiem uzasadnienia, osadzenia w jakimś systemie filozoficznym, przez co niemożliwe jest pełne określenie ich treści. Dlatego często nierozstrzygalny jest konflikt między tymi zasadami, np. autonomii pacjenta ze sprawiedliwością czy dobroczynnością, a próby

³⁵⁵ Por. R. Gillon: *Etyka lekarska...*, s. 32.

³⁵⁶ Por. tamże, s. 22-30.

³⁵⁷ Por. tamże, s. 30-32.

uzgodnienia treści tych zasad pomijały często odniesienie do chorego, ignorowały współczucie i moralną aktywność lekarza³⁵⁸.

2.2.2. Komunitaryzm

Zwolennicy bioetyki wspólnotowej (komunitaryzm, bioetyka komunitarystyczna), szczególnie wpływowej w Stanach Zjednoczonych oraz na Zachodzie Europy, podkreślają wyższość interesów całych wspólnot przed interesami jednostek³⁵⁹. Najważniejsze w komunitaryzmie jest powiązanie praw jednostek ze społecznym dobrem wspólnym, określonym przez tradycję kulturową danego społeczeństwa, wpływającą na decyzje moralne³⁶⁰. Ocena zachowań zależy więc od teorii etycznych i wzorców obyczajowych obecnych w społeczności. Zachowania zgodne z normami są oceniane dodatnio, działania łamiące normy są potępiane.

2.2.3. Kazuistyka

W swej oryginalnej postaci kazuistyka (od łac. *casus* – przypadek) sięga średniowiecza. Jako metoda uprawiania bioetyki została zaproponowana w 1988 roku przez Alberta Jonsena i Stephena Toulmina³⁶¹. U podstaw tego stanowiska jest prawo amerykańskie opierające się na precedensach, w którym zakłada się, że sądowe uzasadnienie rozstrzygnięcia precedensowego przypadku staje się podstawą przy orzecznictwie w podobnych sytuacjach. Twórcy tego ujęcia odwołują się także do arystotelesowskiego pojęcia *phronesis*, „praktycznej mądrości”, koniecznej do rozwiązywania dylematów moralnych pojawiających się w życiu ludzi, a utożsamionej z roztropnością³⁶².

Przypadki paradygmatyczne (wzorcowe, typowe) mają ukazać związek przypadku ocenianego z powszechnie przyjmowanymi zasadami moralnymi. Dlatego zwolennicy tego poglądu dążą do opracowania i uporządkowania wzorców przypadków, które pozwolą trafnie rozwiązywać problemy moralne spełniające

³⁵⁸ Por. T. Biesaga: *Personalizm a pryncypializm...*, s. 43-55.

³⁵⁹ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 43.

³⁶⁰ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 56-57.

³⁶¹ Podstawy tej koncepcji są opisane w: A. R. Jonsen, S. Toulmin: *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley 1988.

³⁶² Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 61.

warunki podobieństwa, sprawdzane według reguł ujawniających cechy zestawianych przypadków. Postępowanie kazuistów w dziedzinie bioetyki można opisać następująco: najpierw dokładny opis przypadku (i okoliczności mu towarzyszących), z którym spotykają się lekarze w swej codziennej pracy, a następnie porównanie z przypadkiem wzorcowym (kazusem). Jeśli oceniany przypadek jest podobny (analogiczny) do wzorca, wybiera się rozwiązanie (ocenę) przypisane do wzorca. Roztropność towarzysząca tej analizie ma uwolnić bioetykę od „tyranii pryncypiów” i innych „dedukcjonizmów”³⁶³.

Wśród wad tego ujęcia są wskazywane: pragmatyzacja, która może prowadzić do rozważania dowolnych poglądów moralnych i do stanowiska bliskiego nihilizmowi moralnemu; przyjmowanie rozstrzygnięć zgodnych z opiniami ekspertów (skłanianie się do eksperckiego punktu widzenia jest uznawane przez niektórych krytyków za największe zagrożenie)³⁶⁴.

2.2.4. Feministyczna etyka opiekuńczości

Prekursorem tego ujęcia była Carol Gilligan. W 1982 roku ukazała się jej książka zatytułowana *Innym głosem*³⁶⁵, w której zawarła uzasadnienie swej tezy, że dotychczasowa etyka była tworzona głównie przez mężczyzn, co bardzo wpłynęło na jednostronną ocenę wielu problemów (tylko ta część ludzkiego gatunku miała monopol na prawdę). Etyka feministyczna to kierunek, w myśl którego tradycyjna etyka zorientowana na mężczyznę błędnie kładła nacisk na sprawiedliwość oraz aprobowała nierównowagę sił między kobietami i mężczyznami, a także bogatymi i biednymi, zdrowymi i upośledzonymi, ludźmi o białym i innym kolorze skóry³⁶⁶. W tradycyjnej etyce poszukiwano abstrakcyjnych norm, zgodnie z którymi starano się dokonywać wyborów moralnych. Natomiast ujęcie feministyczne ma być „głosem opieki” skierowanym ku konkretnej osobie i konkretnej sytuacji, w której się znalazła³⁶⁷.

Tak rozumiana bioetyka jest oparta na pięciu założeniach (postulatach). Pierwsze z nich dotyczy moralnej uwagi: w decyzji etycznej należy brać pod uwagę

³⁶³ Por. tamże, s. 61-62.

³⁶⁴ Por. tamże, s. 63.

³⁶⁵ C. Gilligan: *In a Different Voice*. Cambridge 1982.

³⁶⁶ Por. B. Mepham: *Bioetyka...*, s. 43.

³⁶⁷ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 63.

całą złożoność i wyjątkowość sytuacji, w jakiej znalazł się pacjent. Założenie drugie wymaga zrozumienia kierowanego sympatią, podkreśla konieczność empatii w sytuację pacjenta, wykluczającej traktowanie go „z góry”. Kolejny postulat dotyczy uświadamiania relacyjności: Drugi (pacjent) jest zawsze zależny od Ja (lekarz), wymaga opieki i troski. Czwarty to postulat przystosowania działań lekarza do potrzeb wynikających z relacji między nim a pacjentem. Ostatnie zalecenie (tzw. idea odpowiedzi) przypomina o obowiązku odpowiedzialnego zaangażowania się lekarza w opiekę nad pacjentem, co wymaga aktywności, zrozumienia i sympatii³⁶⁸.

Do głównych zalet tego ujęcia bioetyki zaliczyć należy uwzględnienie w decyzjach moralnych wielu zawiązków zachodzących między ludźmi. Dla kierunku tego dylematy moralne to właściwie załamania relacji łączących osoby. Inne zalety to choćby przywrócenie znaczenia uczuciu oraz położenie nacisku na obowiązki moralne, które każdy człowiek ma wobec innych. Natomiast do głównych jego wad zalicza się tendencję do konserwowania zastanej sieci relacji, co może prowadzić do zepchnięcia, a czasami wręcz do odrzucenia najbardziej potrzebujących opieki. Może stać się tak dlatego, że grupy, które cechują się jakimś upośledzeniem, często znajdują się na obrzeżach, a czasem nawet poza dominującymi społecznie strukturami zawiązków (relacji). Jeszcze inną wadą jest niedookreślenie stosunku opiekuńczości do sprawiedliwości i jednostkowej autonomii. Źródłem tej wady jest brak szerokiej, filozoficznej podbudowy dla uzasadnienia podstawowych twierdzeń³⁶⁹.

Kierunek ten uznaje za nieetyczne politykę dopuszczającą działania, które dyskryminują kobiety i nie pozwalają im cieszyć się takim statusem i możliwością decydowania o swoim życiu oraz pozycją w rodzinie, jakie są przyznawane mężczyznom. Rzuca on wyzwanie tradycjom religijnym i zdominowanym przez mężczyzn instytucjom, twierdząc, że decyzja o posiadaniu dziecka wchodzi w zakres uprawnienia do decydowania o własnej cielesności – koniecznego, by kobieta mogła się odpowiednio wywiązać ze swoich obowiązków³⁷⁰.

³⁶⁸ Por. tamże, s. 63-64.

³⁶⁹ Por. tamże, s. 64.

³⁷⁰ Por. R. J. Cook, B. M. Dickens: *Etyczne aspekty...*, s. 96-97.

2.2.5. Bioetyka kulturowa i etyka troski

Za twórcę pojęcia „bioetyka kulturowa” uznaje się Daniela Callahana. W tak rozumianej bioetyce niezbędne jest uchwycenie powiązań między problemami, poglądami i regulacjami bioetycznymi, a ich szerokim kontekstem społeczno-kulturowym. Jej normatywne zadania można więc zamknąć w dwóch pytaniach, na które należy szukać odpowiedzi. Po pierwsze, jaka medycyna jest właściwa dla moralnie i kulturowo dobrze urządzonego społeczeństwa; po drugie, jaki typ społeczeństwa i kultury najbardziej sprzyja uprawianiu takiej właśnie medycyny?³⁷¹

Prekursorem tego ujęcia na gruncie polskim jest Kazimierz Szewczyk. Zakłada on w swych rozważaniach istnienie tzw. „kultury podłoża”, która zbudowana jest z tradycji filozoficznej, moralnej i religijnej kultury zachodniej. Z niej właśnie wywodzą się trzy główne idee, które opisują idealne wzorce etyczne dotyczące osoby, społeczeństwa i kultury. Pierwsza z nich to idea jednostki jako osoby zdolnej do rozwoju, a jednocześnie podatnej na cierpienie, doświadczającej swej przemijalności. Druga to idea moralnie dobrego społeczeństwa, które akceptuje ludzką śmiertelność i cierpienie. Ostatnia to idea moralnie dobrej kultury, która łączy w sobie prometeizm (pomoc, dążenie do dobra, rozwoju ogółu) z patocentryzmem (pogodzenie się z niemożnością całkowitego wyeliminowania cierpienia z życia ludzi).

Bioetyka kulturowa chce te trzy idee (konceptje) poddać teoretycznemu oczyszczeniu. Umożliwiają to intuicyjne nakazy właściwe dla kultury zachodu, a mianowicie nakaz zapobiegania cierpieniom oraz nakaz sprzyjania rozwojowi jednostek, społeczeństw i kultur. Warto zaznaczyć, że norma patocentryczna jest nieuniknionym dopełnieniem trzech głównych idei: pełni rolę sita, które umożliwia weryfikację nakazu minimalizowania cierpień, ograniczając ten nakaz do minimalizowania cierpienia możliwego do uniknięcia bez naruszenia nakazu prometejskiego. Moralnie usankcjonowane jest więc to, co mieści się w normie patocentrycznej, tj. działania zmierzające do ograniczenia możliwych do uniknięcia

³⁷¹ Por. K. Szewczyk: *Medycyna z perspektywy bioetyki kulturowej*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęśna. Łódź 2001, s. 69-70; Tenże: *Bioetyka kulturowa jako rozległa doktryna moralna*. W: *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*. Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk. Warszawa 2002, s. 16-59.

cierpień fizycznych i psychicznych; one właśnie są przejawem troski o pacjentów w ich zdrowiu, chorobie oraz umieraniu³⁷².

Bioetyka kulturowa zajmuje jednoznaczne stanowisko w sprawie statusu płodu ludzkiego. Jak stwierdza K. Szewczyk „życie ludzkie już od chwili zapłodnienia ma wewnętrzną wartość moralną, gdyż jest zapośredniczonym przez rodziców powiązaniem w nową wyjątkową całość dzieła ewolucji i kultury. Stawianie się osobą moralną jest procesem jednostkowej realizacji tej całości. Przypisanie moralnej wartości ewolucji biologicznej nie pozwala traktować nawet wczesnych faz rozwoju embrionalnego jak przedmiotu pozbawionego moralnej wartości. Natomiast ujęcie nabywania statusu moralnej osoby jako procesu rozciągniętego w czasie przemawia przeciwko przyznaniu początkowym etapom embriotworzenia pełni praw związanych z tym statusem. Stąd też opowiada się (bioetyka kulturowa – przyp. aut.) za modelem godnościowym fazy prenatalnej. Godność preosoby wynika z faktu, że stanowi ona dzieło natury i kultury inicjowane oraz współtworzone przez kobietę/rodziców”³⁷³.

Bioetyka kulturowa jest fundamentem opiekuńczego modelu medycyny, który realizuje jej naczelną zasadę nakazującą profilaktykę możliwych do uniknięcia cierpień i sprzyjanie rozwojowi jednostek, społeczeństw i kultur. W medycynie tej szczególne miejsce zajmować ma etyka troski ograniczonej sprawiedliwością. Głównym celem tej etyki jest skonfrontowanie trzech idei bioetyki kulturowej z rzeczywistością społeczno-kulturową Zachodu. Konfrontacja ta ma z kolei ułatwić etyce troski realizację nakazu minimalizacji cierpień ograniczonego przez normę patocentryczną i pryncypium sprawiedliwości. Jest to niejako droga „w dół” prowadząca od idealnego ujęcia bioetyki do rzeczywistej jej realizacji³⁷⁴.

Teoretycznym uprawomocnieniem tej etyki jest filozofia moralna Emanuela Léwinasa³⁷⁵, w której fundament etyki tworzy relacja Ja – Ty, w której Drugi (Ty) jest „Mistrzem i Nauczycielem” Ja, a zarazem kimś, kto cierpi. Odniesienie Ja – Ty zawiązuje się spontanicznie jako odpowiedź Ja na cierpienie Ty, a będąc odpowiedzią, jest zarazem wzięciem odpowiedzialności za Drugiego. Tę odpowiedzialność Léwinas utożsamiał z miłosierdziem, co pozwala postawić znak

³⁷² Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 65-70.

³⁷³ *tamże*, s. 252.

³⁷⁴ *Por. tamże*, s. 70.

³⁷⁵ Por. E. Léwinas: *Etyka i Nieskończony. Rozmowy z Philippe'm Nemo*. Kraków 1991; Tenże: *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrznosci*. Warszawa 1998.

równości między odpowiedzialnością a troską (o pacjenta jako osobę). Autorzy etyki troski proponują dalej, by – dostosowując troskę do warunków medycyny niedoboru – ograniczyć pierwotną nieskończoność odpowiedzialności sprawiedliwością. Sprawiedliwość ta uwzględniałaby potrzeby Trzeciego, a mianowicie społeczeństwa i jego realia (kulturowe, ekonomiczne, socjalne i polityczne)³⁷⁶.

Medycyna oparta na etyce troski ograniczonej sprawiedliwością uwzględnia realia ekonomiczne, w których ramach funkcjonuje, lecz jednocześnie nie poddaje się dyktatowi wolnego rynku. Ponadto ułatwia zaakceptowanie kruchości, ograniczoności i skończoności ludzkiego życia, występujących w nim chorób i różnego rodzaju cierpień. Ułatwia także medycynę dialogu – między lekarzem a pacjentem, oraz społeczeństwem. Uczy także solidarności z cierpiącymi oraz podkreśla, że odpowiedzialność za zdrowie, życie i także chorobę nie powinna być wynikiem lęku przed skończonością, ale troski o bliźniego. W tym kontekście uczy także odpowiedzialności za siebie wobec tych życiowych sytuacji³⁷⁷.

Etyka troski opowiada się za moralną akceptacją technik wspomaganego rozrodu, w tym zapłodnienia *in vitro*. Wśród głównych okoliczności, które umożliwiają pozytywną ocenę, wymienia się trzy zasadnicze fakty: bezpłodność jako choroba dotyka wiele osób i jest źródłem ich cierpienia; techniki medyczne, nie lecząc wprawdzie bezpłodności, jako świadczenia korekcyjne, umożliwiają posiadanie potomstwa; metody wspomaganey prokreacji stanowią realizację praw reprodukcyjnych i przyczyniają się do rozszerzenia swobody reprodukcyjnej obywateli³⁷⁸. Naczelną zasadą jest więc w tym stanowisku troska, współodczuwanie i pomoc ludziom przeżywającym dramat niepłodności.

3. Stanowiska bioetyczne w kontekście metody *in vitro*

Charakterystyka wybranych, klasycznych i współczesnych, stanowisk bioetycznych pozwala na sformułowanie wniosków porównawczych, szczególnie aktualnych w kontekście metody *in vitro*. Pierwszy z nich dotyczy statusu

³⁷⁶ Por. K. Szewczyk: *Medycyna z perspektywy...*, s. 73; zob. także: Tenże: *Troska, zaufanie i sprawiedliwość jako wartości ustanawiające etykę medyczną*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko. Wrocław 2000, s. 167 i n.; Tenże: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa 2001.

³⁷⁷ Por. K. Szewczyk: *Medycyna z perspektywy...*, s. 74.

³⁷⁸ Por. Tenże: *Bioetyka...*, t. 1, s. 200-201.

metodologicznego omówionych stanowisk. Można je podzielić zasadniczo na dwie grupy: pełne teorie etyczne (personalizm, deontonomizm, utylitaryzm) oraz teorie redukcjonistyczne (pryncypializm, komunitaryzm, kazuistyka, feministyczna etyka opiekuńczości, bioetyka kulturowa i zbudowana na niej etyka troski). W pierwszej grupie podstawą uzasadnień i ocen moralnych są jasne założenia filozoficzne (antropologiczne, teoriopoznawcze). Teorie te mają w sferze swoich dociekań całokształt ludzkich działań, wyznaczają kryteria odnoszące się do różnych zagadnień filozoficznych i etycznych. Są etykami w ścisłym tego słowa znaczeniu. Drugą grupę natomiast cechuje brak jasnej filozoficznej podbudowy. Są to w zasadzie etyki medyczne, a więc zawężające zakres swoich dociekań do tego, co związane jest z rozwojem biomedycyny, działalnością środowiska medycznego, relacją lekarz – pacjent itp. Rozwiązania problemów i dylematów moralnych powstałych na gruncie medycznym uwarunkowane są przyjętymi, nie zawsze świadomie, założeniami, odwołaniem do opinii i przekonań obowiązujących w danym środowisku. Nie ma w nich uzasadnienia opartego na ogólnej, pełnej teorii etycznej. W pryncypializmie główną rolę odgrywać będzie poszanowanie czterech zasad (autonomii pacjenta, dobroczynności, nieszkodzenia, sprawiedliwości), w komunitaryzmie głos znaczący ma tradycja, kultura danej społeczności, stosujący zalecenia kazuistyki drogą konsensusu poszukują kazusu wzorcowego dla aktualnych ocen moralnych, feministyczna etyka opiekuńczości na plan pierwszy wysunie autonomiczną decyzję kobiety, a bioetyka kulturowa i etyka troski – konieczność opieki, współczucia i troski.

Co się natomiast tyczy oceny metody *in vitro*, to charakteryzowane stanowiska można podzielić na zdecydowanie odrzucające tę metodę (personalizm katolicki) oraz takie, które wprost lub przy pewnych dookreśleniach ją akceptują (utilitaryzm, deontonomizm i współczesne stanowiska bioetyczne). Jest to związane z dwiema zasadniczymi orientacjami filozoficzno-etycznymi: etycznym absolutyzmem i etycznym relatywizmem; oraz dwiema przeciwstawnymi antropologiami: spirytualistycznej i materialistyczno-naturalistycznej³⁷⁹. Odpowiada także dwóm zasadniczym sposobom uzasadnień słuszności norm moralnych we współczesnej etyce: teleologicznemu, w którym działanie oceniane jest wyłącznie przez odwołanie się do przewidywanych skutków (np. uzasadnienie utilitarystyczne)

³⁷⁹ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 442-443.

oraz deontologicznemu, w którym działanie zostaje ocenione jako dobre bądź złe niezależnie od powodowanych przez nie skutków (np. uzasadnienie personalistyczne)³⁸⁰.

Podstawowe dla kwestii związanych z wykorzystywaniem metod sztucznej prokreacji jest pytanie o prawo do posiadania potomstwa. Dla przeciwników *in vitro* prawo to nie jest absolutne. Personalizm katolicki zaznacza, że dziecko nie jest rzeczą, która należy się komukolwiek, nie może zostać uznane za czyjąś własność, powinno natomiast zostać przyjęte jako dar. Dziecko ma być owocem wyłącznie miłości małżeńskiej oraz naturalnego aktu seksualnego, nigdy zaś dziełem jakichkolwiek technicznych manipulacji. Stanowisko to negatywnie ocenia samo skorzystanie z metody *in vitro*, a także wszystko to, co jest z nią związane: macierzyństwo zastępcze, masturbację, dawstwo gamet, tendencje eugeniczne, przechowywanie komórek rozrodczych oraz embrionów, wykorzystywanie ich do celów badawczych czy niszczenie itd.³⁸¹ Ponadto przeciwnicy tej metody podkreślają, że bezpłodność nie jest chorobą i nie wymaga podejmowania wszelkich możliwych działań medycznych. Zastosowanie metody *in vitro* nie likwiduje przyczyn niepłodności, nie sprawia, że pary są zdolne do powołania nowego życia w sposób naturalny³⁸². Ich zdaniem metoda ta uderza także w jedność i trwałość małżeństwa i rodziny, sprawia, że rozluźniają się więzi społeczne, naturalne rodzinne schematy. To, co było przez tysiąclecia sterowane przez naturę, zostaje poddane działalności człowieka. Zasada, która ogólnie charakteryzuje to negatywne stanowisko, jest: *cel nie uświęca środków* – nawet tak wzniosły, jak posiadanie dziecka.

Natomiast według zwolenników metody *in vitro* każdy człowiek ma absolutne prawo do posiadania potomstwa, a wobec tego nikt nie powinien człowiekowi tego prawa ograniczać. Bezpłodność, ich zdaniem, jest chorobą, a zabiegi *in vitro* winny być potraktowane jako świadczenia korekcyjne. Jeśli ludzie posiadają mocne pragnienie posiadania potomstwa oraz zapewnią dziecku odpowiednie warunki do godziwego życia, powinni mieć możliwość skorzystania ze zdobyczy współczesnej medycyny, będącej owocem ludzkiego geniuszu. Ponadto, za nietrafione uznają stwierdzenie, że sztuczna prokreacja uderza w małżeństwo

³⁸⁰ Por. B. Chyrowicz: *Argumentacja...*, s. 5.

³⁸¹ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 121.

³⁸² Por. L. Niebrój: *U początków...*, s. 113-114.

i rodzinę, powołując się na badania socjologiczne i psychologiczne w krajach, gdzie metoda in vitro jest szeroko stosowana, z których wynika, że częstszym powodem rozpadu małżeństwa jest trudna do zaakceptowania bezpłodność, a możliwość posiadania dziecka, także drogą sztucznej prokreacji, te małżeństwa scala i utwierdza³⁸³. Dla zwolenników stosowania metody in vitro naczelną zasadą, w przeciwieństwie do personalizmu katolickiego, będzie: *cel uświęca środki*. Nie ma bowiem nic cenniejszego od posiadania potomstwa, stanowiącego niejako kontynuację życia rodziców. Wszystko, co pozwoli ten cel osiągnąć, winno być akceptowane.

³⁸³ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 124.

ROZDZIAŁ IV

Argumenty formułowane w dyskusji nad metodą in vitro

Charakterystyka i analiza wybranych stanowisk bioetycznych obecnych w debacie nad metodą in vitro ukazała ich założenia filozoficzno-etyczne. Stanowią one podstawę argumentów, które stoją za moralną aprobatą lub odrzuceniem tej metody. Celem tej części pracy, rozwijającej analizę porównawczą stanowisk bioetycznych, jest zebranie oraz ocena argumentów filozoficznych (antropologicznych, etycznych), teologicznych, medycznych, psychologicznych itd. formułowanych w dyskusji nad metodą wspomaganą prokreacji. Argumenty te zostaną podzielone, tak jak w literaturze przedmiotu, na za i przeciw metodzie in vitro.

1. Argumentacja za metodą in vitro

Argumenty formułowane w dyskusji nad metodą in vitro są oparte o różne założenia, nie tylko filozoficzne (antropologiczne, aksjologiczne, etyczne), lecz także medyczne, socjologiczne, ekonomiczne itp. Dotyczą one np. zagadnienia stosunku postępu nauki i techniki do dobra człowieka, statusu embrionu ludzkiego oraz

kryteriów człowieczeństwa. Wśród problemów i dylematów moralnych związanych z metodą *in vitro* pojawiły się pytania dotyczące badań genomu ludzkiego i eksperymentów na ludzkich embrionach, które, choć nie należą stricte do samej tej techniki, to jednak są z nią ściśle związane, i są w argumentacji za *in vitro* przywoływane (korzyści z badań genomu oraz eksperymentów na embrionach). W podrozdziale tym zostaną także uwzględnione argumenty za dopuszczalnością metody *in vitro* wsparte na innych założeniach.

1.1. Prymat nauki i techniki w stosunku do człowieka

Nie ma wątpliwości, że ludzkość zdobyła nieosiągalną wcześniej wiedzę biologiczną, która może być wykorzystana z korzyścią dla człowieka, ale także w sposób dlań niebezpieczny, a nawet niszczący³⁸⁴. Dyskusja etyczna nad różnymi zdobyczami nauki i techniki, zwłaszcza w dziedzinie medycyny, ukazuje, jak ogromne znaczenie (obok akceptacji celu danego działania) ma dla moralnej oceny zaaprobowanie metod osiągnięcia celu. Techniki wspomaganego rozrodu, a wśród nich metoda *in vitro*, postawiły pytanie o granice medycyny i moralne znaczenie technologii medycznych. Czy zawsze powinno się uczynić wszystko, co możliwe, aby umożliwić nieplodnym osobom posiadanie upragnionego potomstwa? Czy dobro, które leży u podstaw tych działań, zawsze usprawiedliwia moralnie każdą metodę?³⁸⁵

Filozofowie i etycy odwołujący się np. do założeń utilitaryzmu podkreślają, że dla oceny eksperymentów na embrionach i technik związanych z wspomaganym zapłodnieniem kluczowe znaczenie ma cel działania oraz próba zbilansowania interesów wszystkich osób objętych działaniem – płodu, przyszłych rodziców, dawców. Ocena moralna zdobyczy techniki w dziedzinie medycznej jest zatem uzależniona od analizy konsekwencji jej stosowania dla realizacji interesów przyszłych dzieci, ich rodziców, rodzin i całego społeczeństwa. Jak jednak ustalić bilans szczęścia i poczucia zadowolenia?³⁸⁶

Zwolennicy przyznania pierwszeństwa temu, co okazuje się celowe i pożądane z punktu widzenia nauk biologicznych, postulują jednak, by wszystko, co

³⁸⁴ Por. A. Filipowicz: *Bioetyka. Dialog w obronie życia*. Warszawa 2002, s. 51.

³⁸⁵ Por. Przykulska-Fiszer: *Klonowanie terapeutyczne. W: Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001, s. 162.

³⁸⁶ Por. tamże, s. 164.

sprzyja rozwojowi nauk i rozwojowi techniki, było uznane za moralnie dobre i dopuszczone. To nie zasady etyczne mają regulować rozwój techniki i nauki, ale nowe odkrycia tychże dziedzin winny być źródłem moralności: prymat naukowego eksperymentu jest tu podstawową zasadą etyczną, co technicznie możliwe jest moralnie dobre. Reprezentatywne dla tego poglądu są słowa R. G. Edwardsa, który stawia tezę, iż to etyka musi się dostosować do nauki, a nie odwrotnie³⁸⁷. Podobne stanowisko przedstawia B. Ribes, który – próbując stworzyć zarys nowej etyki, zawierającej niezbędny zestaw wskazań moralnych, a zbudowanej na specyficznej „logice życia” – podkreśla, że droga do postępu wiedzy winna być stale maksymalnie otwarta. Według niego potrzeba odkrywania nowych światów dopuszcza doświadczenia na embrionach, sztuczne zapłodnienie i inne manipulacje genetyczne³⁸⁸.

Założywszy, że człowiek i cała przyroda poddane są tym samym prawom życia, zwolennicy zasady prymatu rozwoju nauk i postępu technicznego głoszą, że odkrywanie tych praw leży w misji nauk, a wypełnianie tej misji nie może być ograniczone przez jakiegokolwiek normy moralne.

1.2. Argumentacja dotycząca embrionu ludzkiego

Pytanie o status moralny metody *in vitro* wiąże się ściśle z pytaniem o status embrionu ludzkiego. Rozważania na ten temat warto rozpocząć od wskazania różnic między opisowym (deskryptywnym) oraz normatywnym (wartościującym) znaczeniem pojęcia „człowiek”. Bycie człowiekiem w sensie opisowym tego pojęcia oznacza tyle, co przynależność jednostki do gatunku *Homo sapiens*, o której decyduje fakt poczęcia danej istoty przez ludzkich rodziców. Tak rozumiane pojęcie jest naukowym instrumentem biologicznej systematyki i nie wiążą się z nim żadne sądy wartościujące. Inaczej rzecz się ma z normatywnym pojęciem człowieka. W tym znaczeniu pojęcie to jest używane na określenie przynależności istoty ludzkiej do kręgu wspólnoty moralnej, którą tworzą osoby. Osoby z kolei cieszą się posiadaniem statusu moralnego i posiadają moralne prawa, w tym prawo najważniejsze – do życia.

³⁸⁷ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 105.

³⁸⁸ Por. tamże, s. 107.

Obu tych znaczeń nie wolno używać zamiennie. Na poziomie opisowym poprawne jest np. twierdzenie, że „nauka udowodniła ponad wszelką wątpliwość, że życie człowieka zaczyna się z chwilą zapłodnienia komórki jajowej”, ale rozumianym tylko jako takie stwierdzenie, „że nauka udowodniła, że z chwilą zapłodnienia tworzy się genom właściwy dla człowieka, jako przedstawiciela gatunku *Homo sapiens*”. Natomiast gdy się twierdzi, że „nauka udowodniła ponad wszelką wątpliwość, że życie człowieka jako osoby mającej wyróżniony status moralny, z prawem do życia na czele, zaczyna się z chwilą zapłodnienia ludzkiej komórki jajowej”, to miesza się sens opisowy z normatywnym i wypowiada twierdzenie fałszywe. Opisowym znaczeniem pojęcia „człowiek” zajmuje się szeroko rozumiana biologia, która nie jest w stanie dowodzić cech wskazywanych przez normatywne pojęcie człowieka, właściwe dla etyki normatywnej, odwołującej się do innych dyscyplin filozoficznych. Nauki szczegółowe, takie jak biologia czy genetyka, jedynie dostarczają etyce argumentów za lub przeciw poszczególnym rozwiązaniom normatywnym. Spełniają więc one funkcję pomocniczą³⁸⁹.

Powyższe ustalenia są bardzo istotne przy rozstrzyganiu statusu embrionu ludzkiego i wyznaczaniu kryteriów człowieczeństwa, czyli określaniu, kiedy rozwijający się zarodek ludzki nabywa właściwości, dzięki którym staje się osobą, podmiotem praw i obowiązków, których realizacja z oczywistych względów, przeniesiona jest na późniejsze etapy życia.

1.2.1. Kryteria człowieczeństwa

Zwolennicy metody *in vitro* przyjmują kryteria człowieczeństwa, które przesuwają przyznanie statusu osoby na okres późniejszy niż moment zapłodnienia. Przy tym założeniu usprawiedliwione jest stanowisko, że poddanie się zabiegowi *in vitro* w ogóle nie jest i nie może podlegać ocenie moralnej odwołującej się do dobra (praw) zarodka. Jest ono bowiem autonomiczną decyzją rodziców bądź innych osób wybierających sztuczne zapłodnienie, a skutki tej decyzji dotyczą wyłącznie osób, które ją świadomie podjęły³⁹⁰. Teza taka ma swoje uzasadnienie w obecnym w bioetyce nurcie empirycznym, fenomenalistycznym, który uzależnia przyznanie komuś status osoby od pewnych przejawów biologicznych, emocjonalnych

³⁸⁹ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 235.

³⁹⁰ Por. P. Czarnecki, *Dylematy...*, s. 88

i świadomościowych. Zgodnie z tym poglądem istota, która z jakichkolwiek powodów nie potrafi świadomie wyrazić swoich planów czy interesów, nie może być uznana za osobę, podmiot praw i obowiązków. W tym ujęciu dzieli się więc ludzi na osoby przyszłe, obecne i przeszłe³⁹¹.

W tradycji filozoficznej są znane zasady, które mogą być pomocne w określaniu statusu ontycznego i antropologicznego człowieka. Pierwsza zasada, to zasada św. Tomasza z Akwinu, która brzmi: *agere sequitur esse* – nasze działania są następstwem i przejawem naszego istnienia. Uznaje ona, że wszelkie działania (akty spostrzeżenia, myślenia, postępowania) są wtórne w stosunku do ludzkiego istnienia, ludzkiej natury. Oznacza to, że człowiek jest (istnieje) nie dzięki przejawom tegoż istnienia, lecz to właśnie te przejawy (akty doznawania, czucia, spostrzegania, myślenia, decydowania, mówienia itd.) są aktualizacją ludzkiej natury. Inna zasada jest zaczerpnięta z pism G. Berkeleya: *esse est percipere aut percipi* – być to spostrzegać lub podlegać spostrzeżeniom; kolejna jest kartezjańska – *cogito ergo sum* (myślę, więc jestem). Dwie ostatnie zasady odwołują się do pewnych aktów, działań podmiotu lub otoczenia (np. spostrzegania zmysłowego czy myślenia) i dopiero na ich podstawie i poprzez nie orzeka się o istnieniu bytu ludzkiego, osoby, natury ludzkiej³⁹².

Do pierwszej zasady odwołuje się np. personalizm chrześcijański (którego pogląd na status embrionu ludzkiego zostanie omówiony w argumentacji przeciw *in vitro*), natomiast dwie pozostałe zasady są zakładane przez zwolenników tejże metody. Zgodnie z nimi bowiem o człowieku można mówić dopiero wówczas, gdy spełnia on konkretne działania (postrzega, myśli). W oparciu o te zasady niektórzy z filozofów (J. Locke, R. Spaemann, D. Hume, M. Tooley, P. Singer, Z. Szawarski i inni) wykluczają – na podstawie aktualnego niezachodzenia aktów świadomości lub autonomii, aktów odpowiedzialności za swoją przeszłość i przyszłość – niektórych ludzi (ludzie w okresie prenatalnym, noworodki, dzieci, dorośli dotknięci upośledzeniem, otępieniem starczym, chorobami Downa czy Alzheimera, psychicznie i terminalnie chorzy) z grona osób, i uzasadniają pozbawienie ich pewnych praw, włącznie z prawem do życia. W kontekście takich sporów pojawia się zasada jakości życia, która – gdyby była kryterialna – decydowałaby o tym, komu

³⁹¹ Por. T. Biesaga: *Błąd antropologiczny i jego skutki w bioetyce*. W: *Błąd antropologiczny*. Red. A. Maryniarczyk, K. Stępień. Lublin 2003, s. 191-199.

³⁹² Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 103.

należy przyznać status bycia człowiekiem, osobą, a jakim istotom ludzkim go odmówić³⁹³.

W literaturze bioetycznej są formułowane i omawiane trzy podstawowe kryteria człowieczeństwa: kryterium narodzin, kryteria rozwojowe (kryterium neurologiczne, animacji, zdolności do samodzielnego przeżycia poza organizmem matki, kryteria biologiczne i psychologiczne) oraz kryterium genetyczne³⁹⁴. Filozoficzna refleksja nad tymi kryteriami, wsparta na rozróżnieniu opisowego i normatywnego pojęcia człowieka, prowadzi do wniosku, że należy odróżnić pytanie o to, od kiedy zaczyna się życie człowieka, od pytania, od kiedy to życie wymaga pełnego szacunku i ochrony ze strony innych. Spór o powyższe kryteria jest w zasadzie sporem o wartości, a nie sporem o fakty. Bez przyjęcia dodatkowych aksjologicznych założeń, sam fakt że zarodek ludzki przynależy do gatunku ludzkiego, nie wystarcza do uzasadnienia stanowiska, że wszelkie unicestwienie poczętej istoty ludzkiej jest zawsze moralnie złe³⁹⁵.

Zwolennicy metody *in vitro* najczęściej odwołują się do kryteriów rozwojowych. Mają one podobną strukturę formalną, zakładają bowiem, że istnieje jakaś cecha, nabywana przez organizm w określonym momencie rozwoju, która decyduje o uznaniu danego organizmu za człowieka³⁹⁶. Do grupy tych probierzy należy kryterium neurologiczne, zakładające, że decydującą o człowieczeństwie cechą jest aktywność mózgu. Skoro cały układ nerwowy zostaje ukształtowany pod koniec 3. miesiąca od zapłodnienia, od tego dopiero czasu można najwcześniej mówić o embrionie jako o istocie ludzkiej³⁹⁷.

³⁹³ Por. tamże, s. 103-105; zob. także: M. Tooley: *Abortion and infanticide*. Oxford 1983; P. Singer: *O życiu i śmierci: upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa 1997; Z. Szawarski: *Zrozumieć człowieka umierającego*. W: *Zrozumieć człowieka: materiały z konferencji naukowej (Oświęcim – Harmęże, 6-7. XII. 2001r.)*. Red. B. Szlachta. Kraków 2001, s. 105-116; H. T. Engelhardt: *The foundations of bioethics*. New York 1996.

³⁹⁴ Na temat kryteriów człowieczeństwa por.: D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 59-77; T. Biesaga: *Antropologiczny status embrionu ludzkiego*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki...*, s. 101-113; M. Żelichowski: *Status zarodka i płodu ludzkiego – aspekt prawno-medyczny*. „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” 2007, nr 1, s. 24-25; J. Gula: *Problemy człowieczeństwa człowieka nie narodzonego*. W: *W imieniu dziecka poczętego*. Red. J. W. Gałkowski, J. Gula. Rzym-Lublin 1991, s. 146-159; Z. Szawarski: *Etyka i przerywanie ciąży*. W: *W kręgu życia i śmierci...*, s. 169-201; H.J. Morovitz, J.S. Trefil: *Jak powstaje człowiek? Nauka i spór o aborcję*. Warszawa 1995; N.M. Ford: *Kiedy powstałem? Problem początku jednostki ludzkiej w historii, w filozofii i w nauce*. Warszawa 1995; J.J. Thomson: *Obrona sztucznego zapłodnienia*. W: *Nikt nie rodzi się kobietą*. Tłum. i red. T. Hołowska. Warszawa 1982; B. Wójcik: *Bioetyka...*, s. 41-127; K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 236-244; M.A. Warren: *Przerywanie ciąży*. W: *Przewodnik po etyce...*, s. 352-359.

³⁹⁵ Por. A. Przykulska-Fiszer: *Klonowanie terapeutyczne...*, s. 155-156.

³⁹⁶ Por. Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 176; P. Singer, D. Wells: *Dzieci z próbki...*, s. 108-110.

³⁹⁷ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 63.

Do rozwojowych należy też kryterium animacji, które ma zarówno interpretację świecką, jak i teologiczną. Świecka interpretacja związana jest z poglądem Arystotelesa, że wskaźnikiem człowieczeństwa jest możliwość wyczucia ruchu płodu, co przypada na 40. dzień ciąży w przypadku płodów płci męskiej, a 90. dla płci żeńskiej. Teologiczną interpretację wprowadził św. Tomasz z Akwinu, który twierdził, że wskazane przez Arystotelesa dni mówią nie tyle o ruchu płodu, ale otrzymaniu duszy. Św. Tomasz głosił teorię animacji pośredniej (sukcesywnej), która obowiązywała w Kościele katolickim do połowy XIX wieku (do dziś jednak ma swoich zwolenników – np. T. Ślipko). Obecnie Kościół przyjmuje teorię animacji bezpośredniej (w momencie zapłodnienia)³⁹⁸.

Do grupy tych kryteriów należy także kryterium zdolności do samoistnego istnienia, w myśl którego o embrionie jako ukształtowanym człowieku można mówić dopiero ok. 28. tygodnia ciąży (a nawet już 24., z uwagi na coraz nowocześniejsze inkubatory), od którego płód jest zdolny do funkcjonowania poza organizmem matki.

W literaturze przedmiotu można spotkać także inne kryteria rozwojowe: biologiczne, a także psychologiczne. Do kryteriów rozwojowych biologicznych, obok wspomnianych już kryteriów: neurologicznego i zdolności do samoistnego istnienia, zalicza się także: kryterium formowania się zygoty, czyli około 21. godziny od zapłodnienia, kiedy kończy się proces kształtowania zygoty oraz kryterium implantacji, czyli 14. dnia od zapłodnienia, gdy kończy się proces implantacji, zamyka się możliwość podziału bliźniaczego oraz rozpoczyna się formowanie załążka układu nerwowego (tzw. „smugi pierwotnej”). Z kolei do kryteriów rozwojowych psychologicznych są zaliczane między innymi: kryterium świadomego odczuwania bólu; kryterium świadomego dążenia do realizacji własnych interesów; kryterium nawiązania świadomego kontaktu poznawczo-wolitywnego z otoczeniem; oraz kryterium świadomego wzięcia odpowiedzialności moralnej za siebie i społeczeństwo³⁹⁹.

Osobną grupę stanowią kryteria społeczne, odwołujące się do akceptacji społecznej. Dwa są podstawowe: kryterium akceptacji poczętego życia przez matkę, rodziców, czy społeczeństwo; kryterium uznania człowieczeństwa ze względów społecznych i materialnych⁴⁰⁰.

³⁹⁸ Por. tamże, s. 65.

³⁹⁹ Por. T. Bicsaga: *Elementy etyki...*, s. 101-102.

⁴⁰⁰ Por. tamże, s. 102.

Zwolennicy metody in vitro odwołują się także do kryterium narodzin⁴⁰¹, które wiąże przyznanie statusu osoby z momentem przyjścia na świat. Za kryterium tym przemawiać mają: argumenty lingwistyczne, antropologiczne, prawne i filozoficzne. Odwołujący się do praktyki językowej, zwracają uwagę na fakt, że w języku używa się różnych terminów na określenie poszczególnych faz rozwoju płodu, a terminu człowiek używa się wobec istoty dopiero po urodzeniu. W argumentacji antropologicznej podkreśla się to, że istota ludzka nie rodzi się w pełni człowiekiem, ale staje się nim dopiero w procesie socjalizacji, ucząc się języka oraz kultury do której należy. W argumentacji odwołującej się do obowiązującego prawa – że zazwyczaj nie przyznaje się tych samych praw płodowi i narodzonemu dziecku, a w argumentacji filozoficznej – że prawa ludzkie winny być przyznane tylko tym, którzy spełniają definicję osoby – istoty posiadającej świadomość samej siebie, będącej podmiotem doznań i stanów psychicznych⁴⁰².

Wszystkie opisane wyżej kryteria człowieczeństwa przesuwają przyznanie statusu człowieka na moment inny niż zapłodnienie. Przyjmując takie założenia, trzeba by się zgodzić z tym, że związane z metodą in vitro działania dotyczące zarodków ludzkich nie uderzają w dobro człowieka i nie napraszają jego praw – oceniana pod tym względem metoda ta jest więc moralnie godziwa.

1.2.2. Korzyści badania genomu ludzkiego i eksperymentowania na embrionach

Z metodą in vitro wiążą się badania genomu ludzkiego. Choć ludzkości daleko jeszcze do pełnego zrozumienia wszelkich procesów biologicznych dotyczących człowieka, to jednak odkrycia kilkunastu ostatnich lat umożliwiły poznanie wielu mechanizmów rządzących ludzką naturą. Milowym krokiem było w tej dziedzinie odkrycie genomu, zbadanie jego struktury i funkcji, umożliwiające ingerowanie w organizm na najbardziej podstawowym poziomie. Możliwości takie uzasadniają pytanie o prawo do wprowadzania zmian w informacji genetycznej organizmu i wykorzystania „danych” w niej zawartych, genom bowiem zawiera dane nie tylko o gatunku w ogóle, lecz także o konkretnym jego przedstawicielu⁴⁰³.

⁴⁰¹ Niektórzy autorzy nie uznają go za odrębny rodzaj, lecz zaliczają je do kryteriów rozwojowych: R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 1997, s. 63-64; Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 183-189; T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 102.

⁴⁰² Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 69-71.

⁴⁰³ Por. B. Chyrowicz: *Struktura i informacja...*, s. 133.

W przyszłości badania genomu ludzkiego będą zapewne, a na pewno mogą być, rutynową częścią badania lekarskiego, na które automatycznie udziela się zgody. Ryzyko swoistej dyskryminacji związane z tym badaniem zdaje się być podobne do ryzyka dyskryminacji związanego z oznaczeniem grupy krwi (o którym zbyt wiele się nie słyszy). Jeśli wyniki badań i dokumentacja będą pilnie strzeżone, autonomia pacjenta będzie ochroniona, jednakże oczywisty jest wymóg świadomej zgody pacjenta na przeprowadzenie takich badań⁴⁰⁴. Zasadniczo więc o moralnie istotnym charakterze ingerencji w genom ludzki decyduje fakt, czy mają one charakter terapeutyczny czy też eugeniczny oraz czy osoba jest zdolna do wyrażenia na nie zgody⁴⁰⁵.

W argumentacji za badaniem genotypu są wymieniane różne powody. Przede wszystkim badanie to pozwala na lepsze rozumienie własnej indywidualności, to jest tego, że każdy z nas ma swoją własną mieszankę korzystnych i niekorzystnych predyspozycji genetycznych. Wiedza ta z kolei może wpłynąć nie tylko na nadanie większego znaczenia solidarności międzyludzkiej, lecz także może być wykorzystana do zindywidualizowania diagnostyki i terapii, a także profilaktyki opartej o lepsze zrozumienie własnego metabolizmu żywności i leków oraz trafniejsze oszacowanie ryzyka chorób i zapobieganie im przez właściwą medycynę środowiskową i zawodową⁴⁰⁶.

W kontekście badań nad genomem ludzkim zawsze powraca sprawa eugenicznego podejścia do człowieka. Nie brakowało i nie brakuje wśród filozofów i etyków stanowiska, że należy wprowadzać selekcję eugeniczną wśród ludzi. Jak wiadomo, już F. Galton ubolewał, że naturalna selekcja, istniejąca w świecie zwierząt, została w świecie ludzi zahamowana przez kulturę i cywilizację. Aby ją przywrócić, społeczność powinna na przykład zakazać rozmnażania się ludziom dziedzicznie i genetycznie obciążonym, a sprzyjać jednostkom przydatnym społeczeństwu, przynoszącym mu korzyści. Takie podejście eugeniczne rozpowszechniło się z Anglii w Ameryce, Niemczech i innych krajach Zachodu⁴⁰⁷.

⁴⁰⁴ Por. H-M. Sass: *Etyka transkulturowa...*, s. 58.

⁴⁰⁵ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 34-35; B. Chyrowicz: *Struktura i informacja...*, s. 147; zob. także: J. Wróbel: *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków 1999.

⁴⁰⁶ Por. H-M. Sass: *Etyka transkulturowa...*, s. 56.

⁴⁰⁷ Por. T. Biesaga: *O naukowym urządzaniu świata*. W: *Kultura wobec techniki: materiały z sympozjum z cyklu „przyszłość cywilizacji Zachodu” zorganizowanego przez Katedrę Filozofii Kultury KUL*. Red. P. Jaroszyński, I. Chłodna, P. Gondek. Lublin 2004, s. 135-146.

Z metodą *in vitro* związane są także eksperymenty na embrionach. Wartościowanie ich efektów zależy od przyjętych kryteriów człowieczeństwa (rozumienia „osoby”) – strukturalnych czy rozwojowych. Zwolennicy tych eksperymentów opierają swą argumentację na twierdzeniu, że zygota nie ma żadnego statusu moralnego albo że ma inny niż dojrzała istota ludzka. Wszelkie zatem manipulacje nie naruszają godności człowieka, gdyż w przypadku embrionu w ogóle o człowieku mówić nie można. Podkreślają oni także praktyczne wykorzystanie wyników badań, które mogą w konsekwencji przyczynić się do przedłużania lub ratowania życia pacjentów cierpiących na nieuleczalne choroby. Formułowany bywa także argument, że ograniczenie badań naukowych jest niekorzystne społecznie, bo nie pozwala na rozwój, zwłaszcza w dziedzinie medycyny⁴⁰⁸. Korzyści (znacznie przewyższające straty i koszty), jakie płyną z możliwości wykonywania badań, przyczyniają się znacząco do rozwoju ludzkości i dlatego powinny cieszyć się moralna aprobatą.

1.3. Inne argumenty za dopuszczalnością metody *in vitro*

Obok opisanych wyżej, najczęściej formułowanych argumentów za metodą *in vitro* i technikami z nią związanymi, w literaturze przedmiotu można spotkać jeszcze inne argumenty, rozmaicie dzielone i nazywane – z embriologii, ze zdrowia i praw reprodukcyjnych itd.

1.3.1. Argument z embriologii

Źródłem dla tego argumentu są empiryczne dane embriologii, badającej rozwój człowieka od zapłodnienia do przyjścia na świat. Zwolennicy technik sztucznego zapłodnienia zwracają uwagę, że nie cała trzynastodniowa zygota, preembrion zamieni się w płód, po części bowiem rozwinie się w trofoblast, z którego następnie powstanie łożysko; że w pierwszych dwóch tygodniach od zapłodnienia kobieta nie wie, że jest w ciąży, a preembrion znajdujący się w jej drogach rodnych nie zależy bezpośrednio od organizmu matki; że w tym czasie nie wiadomo, czy z jednej zygoty powstanie tylko jeden zarodek, a może dwa lub

⁴⁰⁸ Por. A. Przykulska-Fiszer: *Klonowanie terapeutyczne...*, s. 154.

więcej; jest także możliwe, że dwie zygoty, powstałe w wyniku zapłodnienia łączą się w jeden organizm. Dlatego niektórzy autorzy uznają tę preembrionalną fazę rozwoju za przedludzką i twierdzą, że zygota i noworodek, który przychodzi na świat, to nie te same indywidua, a więc, że samo powstanie zygoty nie może być uważane za zaistnienie odrębnego (osobniczego) życia ludzkiego⁴⁰⁹.

Ważny w dyskusji nad in vitro, a odsłaniany przez embriologię jest także fakt, że w naturalnych procesach rozmnażania człowieka aż 75% zapłodnionych komórek jajowych ginie przed zakończeniem ciąży, a zwłaszcza przed zagnieżdżeniem w ścianach macicy, zostaje wydalonych z organizmu, a kobieta często nawet nie jest świadoma faktu poronienia. Zwolennicy in vitro opierają na tym kolejny argument – o zygocie, do momentu implantacji, trzeba mówić jako o preembrionie, preosobie; nieukształtowany zarodek nie jest człowiekiem, może dopiero nim się stać⁴¹⁰.

Według zwolenników in vitro przedmiotem tego medycznego działania jest więc niezróżnicowany preembrion, którego pełny rozwój rozpocznie się dopiero po zagnieżdżeniu się w macicy kobiety. Różnica między naturalnym a sztucznym zapłodnieniem dotyczy tylko pierwszych dwóch tygodni rozwoju zygoty, które w zapłodnieniu naturalnym przebiegają w ciele kobiety, a w sztucznym w próbówce. Szacowana liczba poronień związanych z naturalną i sztuczną prokreacją jest zbliżona, dlatego należy, na gruncie embriologii, uznać, że technika in vitro, jako działanie umożliwiające posiadanie potomstwa partnerom dotkniętym niepłodnością, powinna być co najmniej akceptowana w dyskursie etycznym.

1.3.2. Argument ze zdrowia i praw reprodukcyjnych

Swoje umocowanie argument ten posiada w przyjętym w 1994 roku przez Organizację Narodów Zjednoczonych tzw. Programie kairskim⁴¹¹. Program ten opiera się na definicji Światowej Organizacji Zdrowia, wedle której zdrowie reprodukcyjne to stan pełnego dobrostanu (well-being) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami. Tak

⁴⁰⁹ Por. Z. Piątek: *O śmierci, seksie...*, s. 51-52.

⁴¹⁰ Por. tamże, s. 52.

⁴¹¹ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Kair 1994, <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>, z dn. 7.04.2010.

rozumiane zdrowie reprodukcyjne oznacza zatem, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że mają zdolność do reprodukcji, jak również swobodę decydowania o tym, czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci. Z tego ostatniego warunku wynika prawo mężczyzn i kobiet do odpowiedniej informacji oraz możliwości korzystania z bezpiecznych, skutecznych i przystępnych finansowo metod planowania rodziny oraz usług służby zdrowia zapewniających kobietom bezpieczną ciążę i poród, a parom – najwyższą szansę posiadania zdrowego potomstwa⁴¹².

Wskazane w Programie prawa reprodukcyjne są więc wyrazem uprawnień ludzi do zdrowia reprodukcyjnego i jeśli takie prawa są przyznane, wówczas władze państwowe są zobowiązane do zapewnienia swoim obywatelom warunków możliwie jak najpełniejszej ich realizacji, co dotyczy głównie uprawnień do opieki zdrowotnej. Nacisk jest tu położony na świadomej i autonomicznej decyzji podmiotu podejmującego decyzje prokreacyjne, obejmujące także wykorzystanie metod oferowanych przez medycynę. Metody sztucznej prokreacji, w tym metoda *in vitro*, są więc narzędziami realizacji praw reprodukcyjnych wynikających z definicji zdrowia przyjętej w tym Programie⁴¹³.

1.3.3. Argument medyczny

Istotnym założeniem w tym argumencie jest twierdzenie, że metody sztucznej prokreacji są procedurami medycznymi, które umożliwiają posiadanie potomstwa bezpłodnym parom. Jak wiadomo, bezpłodność została przez Światową Organizację Zdrowia uznana za chorobę społeczną, dotykającą coraz to większą grupę ludzi na całym świecie⁴¹⁴. Choroba ta posiada wymiar demograficzny, ale także silny aspekt psychologiczny. Niejednokrotnie diagnoza stwierdzająca bezpłodność może być odbierana przez dotknięte nią osoby podobnie jak wiadomość o nowotworze czy zawale mięśnia sercowego⁴¹⁵. Skoro więc medycyna daje szansę pokonania bezpłodności, a przez to ograniczenia cierpień konkretnych ludzi, oraz możliwość

⁴¹² Por. R.J. Cook, M.M. Fathalla: *Prawa reprodukcyjne: poza Kairem i Pekinem*. <http://www.oska.org.pl/biuletyn/3/35.pdf>, z dn. 7.04.2010.

⁴¹³ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 195.

⁴¹⁴ Por. L. Pawelczyk, A. Sokalska: *Medyczne aspekty...*, s. 11; P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 87; M. Szymańska: *Etyczne aspekty...*, s. 106.

⁴¹⁵ Por. M. Szamatowicz: *Bezpłodność – choroba społeczna, społecznie niedowartościowana*, <http://biol-chem.uwb.edu.pl/dzn2004dd.htm>, z dd. 7.04.2010.

niwelowania niżu demograficznego, powinna mieć przyzwolenie na wykorzystywanie różnych technik, a ludzie prawo do skorzystania z nich.

Odpowiadając na zarzut, że sztuczne zapłodnienie nie jest procedurą terapeutyczną, gdyż nie leczy bezpłodności (kobieta po tych zabiegach dalej pozostaje bezpłodna), zwraca się uwagę na fakt, że medycyna oprócz świadczeń stricte leczniczych, obejmuje także świadczenia korekcyjne (np. okulary, endoprotezy itp.). Techniki wspomaganego rozrodu są więc zabiegami korekcyjnymi⁴¹⁶.

W argumentacji za zapłodnieniem in vitro pojawia się więc stanowisko, że istotne są dobroczynne skutki tego zabiegu. Czyni on bowiem zadość gorącemu pragnieniu posiadania dzieci. Chęć przyjscia z pomocą ludziom dotkniętym dramatem bezpłodności stanowi wystarczający motyw dla sztucznie wspomaganej prokreacji i wszystkich medycznych zabiegów z nią związanych. Techniki te to olśniewający sukces ludzkiego geniuszu, któremu należy podporządkować względy moralne i koszty, jakie należy ponieść w celu posiadania potomstwa⁴¹⁷.

1.3.4. Argument z dobra dziecka

Argument ten odwołuje się w znacznej mierze do motywacji przyszłych rodziców. Skoro bezpłodna para jest w stanie poddać się zabiegom wspomaganej prokreacji – które wiążą się z dużym ryzykiem niepowodzenia, są długotrwałe, przynoszą jakiś dyskomfort psychiczny i fizyczny, wiążą się z poniesieniem znacznych kosztów finansowych – to jej pragnienie i motywacja do posiadania potomstwa muszą być potężne i niewątpliwie szczere. Takie środowisko może z dużym prawdopodobieństwem stworzyć właściwe warunki dla rozwoju dziecka. Dziecko, tak wyczekiwane i wytęsknione, będzie mogło liczyć na gorącą miłość, opiekę i troskę ze strony rodziców⁴¹⁸.

⁴¹⁶ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 195.

⁴¹⁷ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 173; P. Singer, D. Wells: *Dzieci z próbowki...*, s. 46-80.

⁴¹⁸ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 195.

1.3.5. Argument z dobra partnerów

Bezpłodność to sytuacja dramatyczna, która naraża partnerów na duży stres, mogący negatywnie wpływać na trwałości związku. Posiadanie dzieci wpływa także na psychofizyczny stan kobiety, która spełnia się jako matka, oraz mężczyzny, który w ten sposób realizuje swoje zadania, także jako głowa rodziny i zapewnia kontynuację rodu. Brak potomstwa rodzi różnego rodzaju kompleksy, wzajemną niechęć partnerów, poczucie niespełnienia. Podjęcie się trudu wspomaganą prokreacją, nawet gdy nie zakończy się powodzeniem, może wzmacniać więź między nimi, poczucie bliskości, wzajemnego zaufania i szacunku oraz nadawać sens życiu⁴¹⁹. Na potwierdzenie trafności tego argumentu są już przywoływane wyniki badań socjologicznych i psychologicznych prowadzonych w krajach, gdzie metoda *in vitro* jest szeroko stosowana, które wskazują, że częstszym powodem rozpadu małżeństwa jest trudna do zaakceptowania bezpłodność, a możliwość posiadania dziecka, także drogą sztucznej prokreacji, takie małżeństwa scala⁴²⁰.

1.3.6. Błąd naturalistyczny

Błąd zwany naturalistycznym polega na sprowadzaniu pojęć etycznych do naturalnych (deskryptywnych). Dyskusje nad tym błędem rozpoczęły się od dzieła G. E. Moore'a, w którym argumentował, że pojęcia etyki odnoszą się do własności „nie-naturalnych”, do cech prostych, niepoddających się analizie i nieobserwowalnych, lecz dostępnych dzięki szczególnemu zmysłowi etycznemu, który bywa nazywany „intuicją”⁴²¹. Na przykład za dobre uznaje się działanie wywołujące przyjemność. Skutkiem tego błędu jest przechodzenie w argumentacji etycznej od twierdzeń opisowych do zdań normatywnych, od „jest” do „powinien”.

W błąd naturalistyczny popadają ludzie odwołujący się do wiary, że Bóg stworzył świat z konkretnym zamiarem – wobec tego sposób, w jaki rzeczy naturalnie istnieją, przedstawia porządek nakazany przez Boga. Każde naruszanie tego porządku (tego, co jest) jest działaniem etycznie złym. Na przykład, skoro naturalny pociąg seksualny między mężczyzną i kobietą ma na celu prokreację, to

⁴¹⁹ Por. tamże.

⁴²⁰ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 124.

⁴²¹ Por. B. Dupré: *50 teorii...*, s. 59-60.

wszelkie praktyki (w tym także zabiegi in vitro), które uderzają w ten cel, będą oceniane jako łamiące prawo natury⁴²².

O popadaniu w błąd naturalistyczny przy ocenie statusu embrionu ludzkiego mówi K. Szewczyk. Jak np. z faktu, że większość ludzi lubi alkohol w takiej czy innej postaci nie wynika norma: „należy pić alkohol”, tak odsłaniane przez nauki empiryczne fakty dotyczące powstania osobniczego życia nie są podstawą do wyciągnięcia normatywnego wniosku, że życie jednostkowe jako wartość osobowa zaczyna się wraz z zapłodnieniem⁴²³.

2. Argumentacja przeciw metodzie in vitro

Argumentacja przeciw metodzie in vitro jest budowana przede wszystkim na gruncie personalizmu chrześcijańskiego, zwłaszcza w jego wersji katolickiej. Obszary tej argumentacji są analogiczne do argumentacji za metodą in vitro: stosunek nauki i techniki do człowieka (tu jednak prymat człowieka), status embrionu ludzkiego i kryteria człowieczeństwa, skutki badań genomu ludzkiego i eksperymentów na ludzkich embrionach itd. Wiele argumentów jest również opartych na dokumentach Kościoła katolickiego, w których jest zawarta ocena technik in vitro.

2.1. Prymat człowieka w stosunku do nauki i techniki

Faktem jest bardzo szybki rozwój nauk empirycznych, skutkujący nie tylko poszerzeniem wiedzy, lecz także nowymi możliwościami technicznymi. Zwolennicy prymatu człowieka wobec osiągnięć nauki i techniki podkreślają jednak, że wiedza ta oraz możliwości wprawdzie służą dobru człowieka, ale mogą także stać się przyczyną jego cierpień. Dlatego tak ważne jest pytanie o ocenę etyczną działań, zwłaszcza w medycynie⁴²⁴. Na gruncie tego stanowiska nie do przyjęcia jest więc teza, że wszystko, co nowoczesne i dostępne, jest moralnie usprawiedliwione. Każde nowe odkrycie, nowy wynalazek, nowa technika powinny podlegać krytycznej

⁴²² Por. B. Mephram: *Bioetyka...*, s. 30-31.

⁴²³ K. Szewczyk: *Medycznie wspomagana prokreacja w tzw. Ustawie bioetycznej – na trakcie ku Kostaryce*. http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_in_vitro_1.pdf, z dn. 7.04.2010.

⁴²⁴ Por. M. Szymańska: *Etyczne aspekty...*, s. 105; zob. także: T. Kraj: *Nauka, postęp, moralność. W: Podstawy i zastosowania bioetyki...*, s. 73-94.

ocenie uwzględniającej uzgodnienie z naturalnymi ograniczeniami⁴²⁵. Nie wszystko, co możliwe w nauce, technice, medycynie służy dobru i godności człowieka, czyni jego życie bardziej godnym, nie wszystko więc jest etycznie dopuszczalne.

Autorzy odwołujący się do szeroko rozumianej idei humanizmu podkreślają, że pomiędzy nauką i jej zastosowaniem stoi człowiek. On powinien stanowić zasadnicze kryterium normatywnych rozstrzygnięć różnych problemów powstałych na gruncie nauk biologicznych. Jeśli człowiek chce, aby szanowano jego potrzeby i interesy, powinien szanować potrzeby i interesy innych ludzi. Należy brać pod uwagę nie tylko „dobro” naukowca, badacza, ale również wszystkich, którzy są adresatami wyników badań (chorzy, ale i całe społeczeństwo).

Humanisci podkreślają także w relacjach międzyludzkich prymat zasady rzetelności i lojalności. Jej źródłem jest idea sprawiedliwości J. Rawlsa: wszyscy uczestnicy określonych działań powinni mieć jednakowy udział zarówno w zyskach (korzyściach), jak i stratach (obciążeniach). Jeśli jakiś eksperyment przynosi np. nowe osiągnięcia naukowe czy służy celom terapeutycznym, ale wiąże się z dużym ryzykiem wyrządzenia szkody badanym, wówczas należy uznać go za niedopuszczalny. Humanisci odwołują się także do idei odpowiedzialności. Stosując tę zasadę do techniki, H. Jonas stwierdza, że powinno się tak postępować, aby skutki działania dały się pogodzić z trwałością autentycznego życia ludzkiego na ziemi⁴²⁶.

W kontekście takich rozważań zawsze staje się aktualna *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, w której jest zawarte odwołanie do zasady wrodzonej (a nie nadanej) godności człowieka. W preambule Deklaracji czytamy, że „uznanie przyrodzonej godności i niezbywalnych praw wszystkich członków wspólnoty ludzkiej jest podstawą wolności, sprawiedliwości i pokoju świata”; a artykuł 1. stwierdza, że „wszyscy ludzie, jako obdarzeni rozumem i sumieniem, rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw i powinni postępować wobec innych w duchu braterstwa”⁴²⁷. Człowiek jako istota obdarzona godnością,

⁴²⁵ Por. M. A. Krapiec: *Człowiek i prawo naturalne*. Lublin 1975, s. 192-252; zob. także: K. Szczygieł: *Moralne granice eksperymentu medycznego*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki...*, s. 113-117.

⁴²⁶ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 110-112; zob. także: M. Fritzhand: *Wartości a fakty*. Warszawa 1982; J. Reiter: *Ethische Aspekte der Genforschung und Gentechnologie*. W: *Genetic und Moral. Beiträge zu einer Ethik des Ungeborenen*. Red. J. Reiter, U. Theile. Mainz 1985.

⁴²⁷ Por. Organizacja Narodów Zjednoczonych: *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* (10.12.1948r.). [http://pl.wikisource.org/wiki/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka_\(1948\)](http://pl.wikisource.org/wiki/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka_(1948)), z dn. 31.03.2010.

posiadająca swoje prawa nie może więc być traktowany jak przedmiot służący do rozwoju nauki i techniki.

Także Europejska Konwencja Bioetyczna, uchwalona 4 kwietnia 1997 roku w Oviedo w Hiszpanii, zatytułowana *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie*⁴²⁸, zawiera istotny głos w debacie nad stosunkiem nauki i techniki do człowieka. Artykuł 1. tejże Konwencji wskazuje, że jej celem jest ochrona godności oraz tożsamości i integralności wszystkich istot ludzkich. Wartości te mają być uniwersalnymi zasadami, według których winny być oceniane wszelkie ingerencje genetyczne i medyczne. Z kolei artykuł 2. określa wyższość jednostki nad społeczeństwem, stwierdzając, że „interesy i dobro istoty ludzkiej będą przeważać nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki”⁴²⁹. Historia rozwoju nowoczesnej nauki bowiem jest naznaczona ciągłym konfliktem pomiędzy dobrem konkretnego człowieka, a potrzebą rozwoju nauki i techniki, dokonującego się często kosztem jednostki. Konwencja jasno stwierdza, że pierwszeństwo należy się jednostce, a nie nauce i technice, osiągnięcia w tych dziedzinach nie mogą dokonywać się kosztem praw jednostki⁴³⁰. Konwencja przyjmuje nie tylko prymat jednostki wobec społeczeństwa, nauki i techniki, lecz także nadrzędność godności człowieka wobec wolności – na którą często powołują się zwolennicy nowości biotechnologicznych⁴³¹.

W podobnym duchu wypowiada się Kościół katolicki, który w swoim *Katechizmie* stwierdza, że „nauka i technika są cennymi bogactwami, gdyż służą człowiekowi i jego integralnemu rozwojowi dla dobra wszystkich, nie mogą jednak być celem samym w sobie, ani celem postępu ludzkiego. Nauka i technika są podporządkowane człowiekowi, od którego biorą początek i rozwój. Zatem w osobie i jej wartościach moralnych znajdują one swoją celowość i świadomość swoich

⁴²⁸ Por. A. Kobyliński: *Bioetyka i biotechnologie*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Kobyliński. Płock 2004, s. 10. Wiele uwag na temat etapów powstawania i treści Europejskiej Konwencji Bioetycznej można znaleźć w: T. Biesaga: *Europejska Konwencja Bioetyczna*. „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 11, s. 24-28; Tenże: *Elementy etyki...*, s. 29-36; M. A. Nowicki: *Wokół Konwencji Europejskiej. Krótki komentarz do Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*. Kraków 2003; Tenże: *Słownik Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*. Kraków 2004; Ph. Leach: *Taking a case to the European Court of Human Rights*. Oxford 2005.

⁴²⁹ Rada Europy: *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: konwencja o prawach człowieka i biomedycynie*. W: *Europejskie standardy bioetyczne: wybór materiałów*. Tłum i red. T. Jasudowicz. Toruń 1998, s. 3-16.

⁴³⁰ Por. M. Safjan: *Prawo polskie a Europejska Konwencja Bioetyczna*. „Prawo Medyczne” 2000, nr 5, s. 7.

⁴³¹ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 35-36.

ograniczeń”⁴³². *Katechizm* dodaje także, że „złudne jest domaganie się neutralności moralnej badań naukowych i ich zastosowań. Z drugiej strony kryteria ich oceny nie mogą być wyprowadzane ani ze zwykłej efektywności technicznej, ani z użyteczności, która może z nich wynikać dla jednych, stanowiąc uszczerbek dla drugich, ani – co gorsza – z panujących ideologii. Nauka i technika z racji ich wewnętrznego znaczenia domagają się bezwarunkowego poszanowania podstawowych kryteriów moralności; powinny one służyć osobie ludzkiej, jej niezbywalnym prawom, jej prawdziwemu i integralnemu dobru zgodnie z planem i wolą Boga”⁴³³.

O relacji nauki i techniki do człowieka mówił Jan Paweł II, w przemówieniu na Uniwersytecie Narodów Zjednoczonych w Hiroszimie. Stwierdził tam, że „nauka i technika są wspaniałym produktem ludzkiej twórczości danej przez Boga, otwierającym ogromne możliwości, z których wszyscy korzystamy. Wiemy jednak, że ten potencjał nie jest neutralny: może on być użyty tak dla postępu ludzkości, jak i dla jej degradacji. (...) Nadszedł już czas, aby społeczeństwo, a szczególnie świat nauki, zdało sobie sprawę z tego, że przyszłość ludzkości zależy w większym niż kiedykolwiek stopniu od naszych zbiorowych wyborów moralnych”⁴³⁴.

Także Instrukcja Kongregacji Nauki Wiary *Donum vitae* zajmuje stanowisko w kwestii relacji człowieka do techniki i nauki. W odniesieniu do zapłodnienia *in vitro* w dokumencie tym czytamy, że „rozwój techniki sprawił, że jest dziś możliwe przekazywanie życia bez stosunku płciowego, przy pomocy łączenia komórek rozrodczych w probówce, które wcześniej zostały pobrane z narządów mężczyzny i kobiety. Ale nie wszystko to, co jest możliwe technicznie, jest tym samym moralnie dopuszczalne. Rozumowa refleksja nad podstawowymi wartościami życia i jego przekazywania jest zatem nieodzowna dla sformułowania oceny moralnej w odniesieniu do interwencji technicznych dokonywanych na istocie ludzkiej w pierwszych chwilach jej rozwoju”⁴³⁵.

Zdaniem jego przeciwników, rozród wspomagany, będący szczególnym osiągnięciem nauki i techniki, sprowadza ludzką prokreację do hodowli zwierząt, co

⁴³² *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Poznań 1994, nr 2293.

⁴³³ tamże, nr 2294.

⁴³⁴ Jan Paweł II: *Nauka – sumienie. Spotkanie z przedstawicielami Uniwersytetu Narodów Zjednoczonych w Hiroszimie dnia 25 lutego 1981r.* W: Jan Paweł II: *Nauczanie Papieskie*. T. IV, 1 (styczeń – czerwiec 1981), Poznań 1989, s. 265.

⁴³⁵ Kongregacja Nauki Wiary: *Donum vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania*. Watykan 1987, wstęp, nr 4.

uderza w naturalną ludzką godność. Nie bierze się pod uwagę ewentualnych cierpień psychicznych, jakie mogą przeżywać tak urodzone dzieci w całym ciągu swego życia⁴³⁶. Pomimo iż celem tej techniki jest leczenie niepłodności, a co za tym idzie – sprzyjanie życiu ludzkiemu, w rzeczywistości może ona przyczynić się do niszczenia poczętego życia. Przykładem jest konieczność prowadzenia szeregu eksperymentów, zanim dana metoda okaże się skuteczna. Narodziny pierwszego dziecka z probówki poprzedziły niezliczone próby podniesienia skuteczności metody in vitro (twórcy tej metody, Edwards i Steptoe, przez 10 lat prowadzili w tym celu prace, wykorzystując do tego dużą ilość ludzkich gamet i wyhodowanych z nich ludzkich embrionów). Niszczenie życia jest nieuniknione w samych technikach in vitro, wymagających, dla zapewnienia skuteczności, tworzenia dodatkowych embrionów, które są następnie unicestwiane, zamrażane bądź wykorzystywane w eksperymentach naukowych. Nie bez znaczenia jest selektywna redukcja ciąży mnogiej, a także wysoka liczba niepowodzeń w utrzymaniu ciąży. Przeciwnicy wspomaganej prokreacji zauważają, że przeniesienie początku życia do laboratorium prowadzi do jego przedmiotowego traktowania, do traktowania dziecka w sposób instrumentalny oraz naruszania trwałości małżeństwa i rodziny. Ponadto metoda in vitro przyczynia się do powstawania i rozwoju takich zjawisk, jak choćby rynek gamet i usług prokreacyjnych (banki nasienia i komórek jajowych, handel zarodkami, usługi dotyczące macierzyństwa zastępczego)⁴³⁷.

Przykład metody in vitro i skutków, do jakich prowadzi, ma być, według zwolenników prymatu człowieka wobec nauki i techniki, dowodem na to, że nie wszystko co jest naukowo i technicznie możliwe, winno być moralnie uznane. Głównym punktem odniesienia, wyznaczającym granice naukowych osiągnięć, jest człowiek, bez względu na to w jakiej aktualnie fazie rozwoju się znajduje. Tym bardziej, że łatwiej jest uprzedmiotowić bezbronny embrion, niż uczynić to samo z dorosłym człowiekiem⁴³⁸.

⁴³⁶ Por. R. Dębski, A. Tulczyński: *Rozród wspomagany...*, s. 21-104; M. Szymańska: *Bioetyka...*, s. 60.

⁴³⁷ Por. A. Przykulska-Fischer: *Klonowanie terapeutyczne...*, s. 162-163.

⁴³⁸ Por. J. Karasiewicz, J. Modliński: *Komórki macierzyste ssaków: potencjalne źródło zróżnicowanych komórek do transplantacji*. „Postępy Biologii Komórki” 2001, nr 28, s. 219-242.

2.2. Embrion jest osobą

Podstawowym problemem moralnym w zapłodnieniu in vitro jest konflikt praw dwóch podmiotów: rodziców i dziecka. Rodzice (i zwolennicy in vitro) powołują się na prawo do posiadania potomstwa, w przypadku dziecka natomiast wysuwa się na pierwszy plan prawo każdej poczętej istoty ludzkiej do życia. Rozstrzygnięcie tego dylematu zależy od tego, któremu z tych praw zostanie przyznane pierwszeństwo co z kolei zależy od wyznawanej teorii etycznej i przyjmowanego poglądu na naturę człowieka⁴³⁹.

Przeciwnik metody in vitro, genetyk J. Lejeune stwierdza, że „dzięki nadzwyczajnemu postępowi techniki wtargnęliśmy do prywatnego życia płodu. Przyjęcie za pewnik faktu, że po zapłodnieniu powstała nowa istota ludzka, nie jest już sprawą upodobań czy opinii. Ludzka natura tej istoty od chwili poczęcia do starości nie jest metafizycznym twierdzeniem, z którym można się spierać, ale zwykłym faktem doświadczalnym”⁴⁴⁰. Istotny jest fakt, że w momencie zapłodnienia powstaje nowy organizm ze swą niepowtarzalną tożsamością. Każda osoba ludzka, niezależnie od fazy rozwojowej, powinna być szanowana ze względu na nią samą⁴⁴¹. Embrion ludzki jest już pełnoprawną istotą ludzką, zarówno pod względem ontologicznym, jak i moralnym. Jest zatem podmiotem praw w takim samym znaczeniu, jak człowiek w pełni rozwinięty, samodzielnie żyjący – zwłaszcza prawa do życia⁴⁴².

W czytelnych słowach wypowiada się na ten temat Kościół katolicki stwierdzając, że „istota ludzka winna być szanowana jako osoba, od pierwszej chwili swego istnienia”⁴⁴³. „Życie każdej istoty ludzkiej od momentu poczęcia winno być szanowane w sposób absolutny, ponieważ jest ona na ziemi jedynym stworzeniem, które Bóg chciał dla niego samego, a dusza rozumna każdego człowieka jest bezpośrednio stworzona przez Boga; całe jego jestestwo nosi w sobie obraz Stwórcy.

⁴³⁹ Por. P. Czarnecki, *Dylematy...*, s. 87. Na temat statusu embrionu ludzkiego zob.: A. Przykulska-Fischer: *Aspekty etyczne sporu o przerywanie ciąży*. Warszawa 1997; Z. Szawarski: *Raport w sprawie statusu pozaustrojowej zygoty ludzkiej*. „Seksuologia” 1996, nr 1, s. 3-13; M. Machinek: *Embrion ludzki*. W: Jan Paweł II. *Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005, s. 180-184.

⁴⁴⁰ R. Michalik: *Pomóż ocalić życie bezbronnemu*. „Wiedza i Życie” 1986, nr 11, s. 8; zob. także: Tenże: *Pomóż ocalić życie bezbronnemu*. Kraków 2003.

⁴⁴¹ Por. M. Szymańska: *Etyczne aspekty...*, s. 109.

⁴⁴² Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 88.

⁴⁴³ *Donum vitae*, I,1.

Życie ludzkie jest święte, ponieważ od samego początku domaga się stwórczego działania Boga i pozostaje na zawsze w specjalnym odniesieniu do Stwórcy, jedyne go celu. Sam Bóg jest Panem życia, od jego początku aż do końca. Nikt, w żadnej sytuacji, nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego zniszczenia niewinnej istoty ludzkiej”⁴⁴⁴.

Zwolennicy przyznawania istocie statusu osoby od chwili zapłodnienia odwołują się także do zasady potencjalności. Według niej „źle jest zabić potencjalną istotę ludzką. Już zapłodnione jajo ludzkie jest potencjalną istotą ludzką. Stąd też źle jest unicestwić ludzką zygotę”⁴⁴⁵. Ważne jest rozróżnienie dwóch interpretacji tej zasady – rozumienia potencjalności jako możliwość oraz jako możność⁴⁴⁶. Zasada potencjalności jako możliwości zakłada, że zapłodniona komórka jajowa, a zdaniem niektórych autorów także same gamety, posiadają możliwość rozwinięcia się w osoby, w ciągłym procesie przemian embrionalnych prowadzących w konsekwencji do narodzin i dalszego rozwoju. W wersji określającej potencjalność jako możność przyjmuje się, że zapłodniona komórka jajowa ma naturę ukształtowaną na stawanie się człowiekiem jako osobowym bytem, ma „możność” stawania się osobą. Zarodek posiadający w możności cechy konstytutywne dla osoby ma je z natury i są one obecne (w możności) już od zapłodnienia. Oznacza to, że dzięki tej możności, aktualnie i od początku zawartej w naturze zarodka, jest on osobą, a jako osoba wymaga poszanowania swoich praw, a nade wszystko – prawa do życia⁴⁴⁷.

2.2.1. Kryteria człowieczeństwa

Przeciwnicy metody *in vitro*, zwłaszcza przedstawiciele personalizmu chrześcijańskiego, przyjmują kryteria wskazujące na człowieczeństwo od początku, od chwili poczęcia. Wśród tych kryteriów można wymienić następujące: kryterium zapłodnienia – moment rozpoczęcia życia; kryterium genetyczne, odwołujące się do powstania kodu genetycznego, który wyznacza specyficzne cechy i właściwości rozwoju nowej istoty; kryterium ciągłości szlaku rozwojowego istoty ludzkiej

⁴⁴⁴ Tamże, wstęp, nr 5.

⁴⁴⁵ P. Singer: *Etyka praktyczna...*, s. 150.

⁴⁴⁶ Por. B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko...*, s. 267-276.

⁴⁴⁷ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 248-249.

(kontinuum); kryterium genealogiczne – pochodzenia od rodziców i przynależności do gatunku ludzkiego⁴⁴⁸.

Personalisci odwołują się do wspomnianej już zasady św. Tomasza dotyczącej statusu ontycznego i antropologicznego człowieka – *agere sequitur esse*, w myśl której wszelkie działania osoby są wtórne w stosunku do jej istnienia: działania istnieją właśnie dlatego, że istnieje istota ludzka, a nie na odwrót. Wszelkie akty istot żywych i świadomych nie stwarzają ich natury, lecz są jej wyrazem. Na tej podstawie odrzucają oni kryteria rozwojowe, biologiczne i psychologiczne, a także kryteria społeczne⁴⁴⁹. Argumentując za swoim stanowiskiem podkreślają, że już od momentu zapłodnienia embrion wykazuje podstawową cechę żywego organizmu, tj. uprzednio określony, stały, zdeterminowany szlak rozwojowy. Od samego początku (zapłodnienia, poczęcia) embrion to nie zbiór luźnych, niezwiązanych ze sobą komórek, ale samoorganizujący się ustrój. Zarówno prenatalny, jak i postnatalny rozwój człowieka stanowi pewne kontinuum, i żadnego z jego stadiów nie można uznać za definiujące człowieka czy osobę ludzką⁴⁵⁰.

Pogląd o zdeterminowaniu natury zarodka jest widoczny w kryterium genealogicznym. Zgodnie z nim *nasciturus*, czyli ten, który ma się urodzić lub zrodzony, musi posiadać tę samą naturę co rodzący. Ludzka natura embrionu jest więc taką od początku jego istnienia. W myśl tego założenia embrion nie jest człowiekiem w potencji, ale jest człowiekiem w akcji, aktualizującym siebie w kierunku pełni człowieczeństwa. Nie ma czegoś takiego jak częściowe bycie człowiekiem. Ponadto, w jakimś sensie, wszyscy ludzie są ze sobą spokrewnieni. Nie chodzi tylko o pokrewieństwo biologiczne, ale o przynależność do określonego gatunku. *Homo sapiens* od samego początku pozostaje we wzajemnej osobowej relacji, która zakłada afirmację drugiego człowieka. Do tej wspólnoty osób należy się na podstawie genealogicznego związku z szeroko pojętą rodziną ludzką, należy do niej także człowiek w okresie prenatalnym i dlatego zasługuje na afirmację, miłość, troskę i opiekę⁴⁵¹. Według R. Spaemann'a jest tylko jedno kryterium bycia osobą –

⁴⁴⁸ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 101.

⁴⁴⁹ Por. Kongregacja Nauki Wiary: *Dignitas personae. Instrukcja dotycząca niektórych problemów bioetycznych*. Rzym 2008, I, 8.

⁴⁵⁰ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 102-103.

⁴⁵¹ Por. R. Spaemann: *Osoby...*, s. 294-296.

przynależność do rodzaju ludzkiego. Dlatego początku i końca istnienia osoby nie można oddzielić od początku i końca ludzkiego życia⁴⁵².

Z perspektywy personalizmu wszyscy ludzie, niezależnie od etapu rozwoju, koloru skóry, wyznania czy doświadczanych chorób są osobami. Nie można więc pozbawiać kogokolwiek, w jakiegokolwiek fazie jego osobowego rozwoju, od zygoty do starości, podmiotowych i należnych mu praw moralnych, na czele z prawem do życia. Wszelkie działania medyczne, które nie szanowałyby tej zasady, są w ocenie personalizmu moralnie złe i zasługują na dezaprobatę⁴⁵³.

2.2.2. Zagrożenia związane z badaniem genomu ludzkiego i eksperymentami na embrionach

W argumentacji przeciwników metody *in vitro* są wskazywane negatywne skutki badań genomu ludzkiego. Przede wszystkim możliwość stosowania różnych form dyskryminacji i kategoryzowania ze względu na status genetyczny, naruszających prywatność i wolność. Dyskryminacja może wyrażać się choćby w niedostępności do niektórych zawodów oraz zmianach warunków ubezpieczeń dla ludzi o pewnych cechach genetycznych. Może także pojawić się podejrzenie wobec tych ludzi np. o niezdyscyplinowanie, aspołeczność, czy nawet przestępczość. Może także dojść do narzucania ludziom genetycznie gorszym, w imię redukcji kosztów opieki zdrowotnej, regulacji co do „właściwego” dla nich, zmniejszającego ryzyko zachorowania trybu życia⁴⁵⁴.

Wśród negatywnych skutków badań genomu są także wyliczane nieprzewidywalne dziś konflikty poglądów i wyborów. Badania genetyczne wywrą zapewne wielki i wymagający kulturowego przyswojenia wpływ na związki rodzinne, poczucie winy i wstydu, oskarżenia, wyrzekanie się siebie, rozwody, samobójstwa, spory o wybór trybu życia, decyzje o karierze i planowaniu rodziny⁴⁵⁵.

Ponadto, w kontekście takich badań zawsze grozi skłonność do działań eugenicznych. Jak zauważa Kościół katolicki, „niektóre próby interwencji w dziedzictwo chromosomowe lub genetyczne nie mają charakteru leczniczego, lecz zmierzają do wytworzenia istot ludzkich o określonej płci lub innych wcześniej

⁴⁵² Por. tamże, s. 305.

⁴⁵³ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 114.

⁴⁵⁴ Por. H-M. Sass: *Etyka transkulturowa...*, s. 55-56.

⁴⁵⁵ Por. tamże, s. 61.

ustalonych właściwościach. Manipulacje te sprzeciwiają się również godności osobowej istoty ludzkiej, jej integralności i tożsamości – jedynej i niepowtarzalnej”⁴⁵⁶.

Przeciwnicy metody *in vitro* negatywnie oceniają również skutki eksperymentów na embrionach, demaskując zagrożenia związane z nastawieniem dopuszczającym takie badania. Otóż zwolennicy tych eksperymentów, chcąc rozwiązać dylematy moralne z nimi związane, przyjmują, że embriony nie mają cech, które pozwoliłyby przyznać im praw przysługujących istocie ludzkiej, w tym prawa do życia. Nastawienie takie grozi odmawianiem praw człowieka istocie ludzkiej tylko dlatego, że ma określone cechy (kolor skóry, rasa, płeć itd.)⁴⁵⁷.

Zdaniem przeciwników eksperymentów na embrionach istota ludzka powinna od pierwszych chwil swego życia, czyli od momentu poczęcia, być traktowana jako osoba z prawem do życia pełnym i równym prawu do życia innych osób. Jeśli, jak zakłada personalizm chrześcijański, embrion jest osobą, to etycznie niedopuszczalne jest eksperymentowanie na nim. „Użycie embrionu lub płodu ludzkiego jako przedmiotu czy narzędzia eksperymentu stanowi przestępstwo wobec godności istot ludzkich”⁴⁵⁸. A nawet jeśli życiu poczętych istot ludzkich nie można przypisać takiej samej wartości, jaką mają już osoby (jak np. chce utilitaryzm czy bioetyka kulturowa), to jednak przez wzgląd na szacunek dla samej godności życia ludzkiego, powinno być ono traktowane inaczej, niż życie istot nie będących ludźmi⁴⁵⁹. Uznanie wartości przedosobowego życia ludzkiego należy traktować jako symbol społecznego szacunku dla osobowego życia człowieka⁴⁶⁰.

W argumentacji etycznej przeciw eksperymentom na embrionach podstawowe są więc następujące założenia: zygota jest człowiekiem (indywidualnym ludzkim wyposażonym w niepowtarzalny kod genetyczny, który określa jego człowiecze możliwości); zygota jest osobą (przysługuje jej godność należna osobie ludzkiej); zygota jest dorosłym człowiekiem *in potentia* (określone są choćby jej

⁴⁵⁶ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2275.

⁴⁵⁷ Por. W. Bołoz: *Nowy wspański świat...*, s. 75.

⁴⁵⁸ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, nr. 82; por. *Donum vitae*, I, 4.

⁴⁵⁹ W literaturze przedmiotu na temat prawnego statusu pozaustrojowej zygoty ludzkiej wymienia się trzy stanowiska. W myśl pierwszego zygota ludzka jest rzeczą. Drugie stanowisko stwierdza, że zygota ludzka ma taki sam status jak urodzone dziecko. Wreszcie trzeci punkt widzenia określa, że zygota nie jest ani rzeczą, ani osobą, ale należy jej przyznać pewien status szczególny i związaną z tym ochronę prawną. Por. Z. Szawarski: *Raport w sprawie...*, s. 3-13.

⁴⁶⁰ Por. A. Przykulska-Fischer: *Klonowanie terapeutyczne...*, s. 158-162.

przyszłe cechy fizyczne); zygota ma prawo do życia (prawo to przysługuje każdemu człowiekowi i jest nadrzędne wobec konfliktowych praw innych osób); życie poczętej istoty ludzkiej jest święte (wartość życia nie może być poddawana utylitarystycznym kalkulacjom, świętość życia ma charakter absolutny); prawa człowieka mają pierwszeństwo przed wolnością badań naukowych⁴⁶¹.

2.3. Argumenty wsparte na dokumentach Kościoła katolickiego

Obecne w etyce chrześcijańskiej zasady dotyczące godności osoby wykluczają naruszanie praw przysługujących jakiegokolwiek istocie ludzkiej, jak również sprzyjania życiu jednego człowieka kosztem życia innego⁴⁶². Zasady te są widoczne w dokumentach Kościoła katolickiego. Pośród nich na szczególną uwagę w analizie argumentów przeciw dopuszczalności metody sztucznego zapłodnienia in vitro zaskładają:

1. Encyklika papieża Pawła VI *Humane vitae. O zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego*⁴⁶³, opublikowana 25 lipca 1968 roku (dalej Hv);
2. Adhortacja papieża Jana Pawła II *Familiaris consortio. O zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym*⁴⁶⁴ z 22 listopada 1981 roku (dalej Fc);
3. Encyklika Jana Pawła II *Evangelium vitae. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*⁴⁶⁵ z 25 marca 1995 roku (dalej Ev);
4. Instrukcja Kongregacji Nauki Wiary *Domum vitae. O szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia* z 22 lutego 1987 roku (dalej Dv);

⁴⁶¹ Por. A. Przykulska-Fiszer: *Klonowanie terapeutyczne...*, s. 153-154.

⁴⁶² Por. W. Bołoz: *Nowy wspólny świat...*, s. 76.

⁴⁶³ Paweł VI: *Humane vitae. Encyklika o zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego*. Rzym 1968.

⁴⁶⁴ Jan Paweł II: *Familiaris consortio. Adhortacja o zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym*. Rzym 1981.

⁴⁶⁵ Jan Paweł II: *Evangelium vitae. Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*. Rzym 1995.

5. *Katechizm Kościoła Katolickiego* opublikowany w 1992 roku (dalej KKK);
6. Instrukcja Kongregacji Nauki Wiary *Dignitas Personae. Dotycząca niektórych problemów bioetycznych*, wydana 8 września 2008 roku (dalej Dp).

2.3.1. Argument teologiczny

Fundamentem tego argumentu jest uznanie istnienia Boga. Szczegółowo opisany został w Encyklice Jana Pawła II *Evangelium vitae*. Cały ten dokument przeniknięty jest wielkim apelem o konieczność poszanowania życia od poczęcia do naturalnej śmierci. W argumencie tym kluczowe są dwie kwestie. Po pierwsze, świętość życia, oparta na świętości samego Boga, który jest Dawcą i Panem życia, jego Kreatorem. Życie człowieka od Niego pochodzi, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywym tchnieniu (Ev 2. 39). Jest ono zawsze dobrem, ponieważ jest w świecie objawieniem Boga, znakiem Jego obecności, śladem Jego chwały (Ev 34, Dp 8). Świętość życia nakłada bezwarunkowe zobowiązanie do jego obrony, a wyrażona została w przykazaniu „nie zabijaj”. Druga podstawa tego argumentu to przyjmowane w teologii katolickiej założenie, że sam Bóg jest obecny w ludzkim rodzicielstwie (Ev 43, Hv 8, Dp 6). Obecność Boga ma charakter bezpośredni, nie ogranicza się tylko do ustanowienia biologicznych praw rozrodu. U początku życia każdego człowieka stoi więc bezpośrednio stwórczy akt Boga. Stąd wśród niektórych autorów pojawiają się stwierdzenia o tzw. „trójkącie małżeńskim” – Boga i małżonków⁴⁶⁶. W kontekście założeń tej argumentacji sztuczne zapłodnienie in vitro narusza zasadę świętości życia oraz świętość przekazywania życia.

Argument ten pojawia się także w wersji świeckiej, jako tzw. argument z odgrywania roli Boga (*playing God*), wysuwany przeciw m.in. wszelkiego typu technicyzowaniu prokreacji. Nie odwołując się wprost do uzasadnień teologicznych, ostrzega przed przyjmowaniem przez człowieka pozycji kreatora, nie tylko wykorzystującego mechanizmy natury w powoływaniu do istnienia nowego życia, ale wręcz kontrolującego naturalne procesy i wpływającego na cechy przyszłych

⁴⁶⁶ Por. Z. Nosowski: *Zakochać się we własnej żonie*. „Więź” 2004, nr 8-9, s. 28.

ludzi. Taka sama, *mutatis mutandis*, jak w teologii katolickiej jest też ocena metody *in vitro* – należy do form ingerowania w naturę (Boga), które nie mogą spotkać się z moralną aprobatą⁴⁶⁷.

2.3.2. Argument z prawa naturalnego – godności małżeństwa

W najpełniejszej postaci został on sformułowany w encyklice Pawła VI *Humanae vitae*. Opiera się na założeniu, że to Bóg jest autorem planu obejmującego całość stworzonego świata, który nadaje właściwe miejsce i naturę wszystkim składnikom świata, pośród których wyróżniani są ludzie i wszelkie ich działania. W dokumencie tym pojęcie „natury” jest stosowane zamiennie z określeniami „wewnętrzna celowość”, „sens”, „znaczenie”. Natura danego działania ludzkiego jest określona przez miejsce w świecie przewidziane w boskim planie. Jednym z takich działań (aktów) jest akt małżeński. Posiada on naturę i miejsce wyznaczone przez Boga i przewidziane w planie świata (Hv 8). Jest przejawem miłości, która jako osobowa jest zarazem zmysłowa i duchowa, a także pełna, wierna i wyłączna oraz płodna (Hv 9). Małżonkowie winni dostosowywać swoje postępowanie do planu Boga-Stwórcy (Hv 10), w którym jedynym miejscem aktów seksualnych jest małżeństwo (Dv II,A,1; Dp 12. 16). Akt seksualny spełnia dwie zasadnicze funkcje – jednoczącą oraz prokreacyjną. Funkcje te są ze sobą ściśle związane i nie mogą być rozdzielane (Hv 12). Ich naturalne połączenie otwiera małżonków na przekazywanie życia, stają się oni w tym względzie niejako współpracownikami Boga, który jest źródłem wszelkiego życia. Każdy akt seksualny, który rozdzielałby funkcję jednoczącą od prokreacyjnej, jest niezgodny z planem Bożym i podlega negatywnej ocenie moralnej⁴⁶⁸.

Także Instrukcja *Donum vitae* przywołuje zasadę nierozdzielności, która zakazuje oddzielać jednoczące i prokreacyjne znaczenie aktu małżeńskiego. Odnosi

⁴⁶⁷ Por. B. Chyrowicz: *Argumentacja...*, s. 14. W literaturze przedmiotu obecne są różne wersje (nazwy) tego argumentu: przypisywanie sobie przez człowieka boskich prerogatyw; działanie wbrew naturze; podejmowanie decyzji opartych o niewłaściwe oszacowanie jakości życia; manipulowanie naturą, którego skutków nie jesteśmy w stanie przewidzieć itp. Pierwsze dwie wersje argumentu *playing God* wskazują na niezgody z boskim (naturalnym) sposobem powoływania życia, trzecia na nieuprawnione projektowanie przyszłych ludzi, a czwarta ostrzega przed skutkami stwórczych zapędów człowieka, który w jakimś stopniu opanował mechanizmy natury. Por. tamże, s. 15; zob. także: N. Holtung: *Altering Humans – The Case For and Against Human Gene Therapy*. „Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics” 1997, nr 6, s. 158-159; R. Chadwick: *Playing God*. „Bioethics News” 1990, nr 9, s. 38-46.

⁴⁶⁸ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 180; A. Nawrocka: *W poszukiwaniu...*, s. 82.

się to również do oceny masturbacji, jako najczęstszego sposobu pozyskania plemników w metodzie in vitro (Dv II,B,6). Masturbacja jako samotnicza forma ejakulacji jest, w myśl etyki chrześcijańskiej, pogwałceniem celowości ludzkiej aparatury płciowej, nastawionej na wzbudzanie życia w akcie kopulacji mężczyzny i kobiety. Jest tak również w metodzie in vitro, w której masturbacja stanowi czynność odrębną, jest jedynie środkiem do uzyskania materiału potrzebnego do późniejszego zapłodnienia. Nie można stosować masturbacji, aby doprowadzić do posiadania potomstwa (cel nie uświęca środków)⁴⁶⁹.

Obecne w zapłodnieniu in vitro, w obu jego odmianach, środki techniczne prowadzą do oddzielenia aktu prokreacji od cielesnego i duchowego zespolenia małżonków. „Stechniczowanie” prokreacji pociąga „odczłowieczenie” tak ważnego dla ludzi aktu. Dlatego wszelkie tego typu zabiegi są niegodziwe, wymagają moralnej dezaprobaty.

Instrukcja wyraźnie zaznacza, że akt małżeński ma charakter cielesny i duchowy. To w ciele małżonków i poprzez nie dopełniają oni małżeństwo i mogą się stać rodzicami – ojcem i matką (Dv II,B,4,b)⁴⁷⁰. Naturalnym i właściwym miejscem poczęcia dziecka jest wyłącznie małżeństwo. Sztuczne zapłodnienie in vitro niszczy godność małżeństwa, rozбивa funkcje jednoczącą i prokreacyjną. Ponadto sprzeciwia się właściwemu rodzicom powołaniu oraz prawu dziecka do poczęcia i urodzenia się w małżeństwie i z małżeństwa, zwłaszcza w przypadku in vitro heterologicznego (Dv II,A,2)⁴⁷¹.

2.3.3. Argument z mowy ciała

Argument ten formułuje Jan Paweł II w Adhortacji *Familiaris consortio*, w kontekście stosowania antykoncepcji. W myśl tego dokumentu zachowania seksualne można potraktować jak język, którego materialnym wyrazem (nośnikiem) jest mowa ciała (Fc 32). Używając języka człowiek może komunikować zarówno prawdę, jak i fałsz. Prawdą mowy ciała jest obopólny, całkowity dar z siebie,

⁴⁶⁹ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 184-185; Tenże: *Życie i płeć człowieka. Przedmałżeńska etyka seksualna. Etyczny problem samobójstwa*. Kraków 1978, s. 250-260.

⁴⁷⁰ Por. T. Ślipko: *Niektóre aspekty moralne początków życia ludzkiego. Uwagi na marginesie „Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia i godności jego przekazywania”*. „Życie Katolickie” 1988, nr 7, s. 34-42; P. Bortkiewicz: *Sztuczne zapłodnienie*. W: Jan Paweł II. *Encyklopedia Nauczania...*, s. 518-521.

⁴⁷¹ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 175.

wzajemna akceptacja małżonków i ich otwarcie się na płodność. Mówiące ciało jest tu wyrazem natury człowieka, który jest osobą zdolną do miłości oraz przekazywania życia (prokreacji)⁴⁷².

Również do tego argumentu odwołuje się Instrukcja *Domum vitae*, która stwierdza, że zapłodnienie dokonane poza ciałem małżonków, jak to ma miejsce w metodzie in vitro, zostaje pozbawione znaczeń i wartości wyrażających się w języku ciała i zjednoczeniu małżonków (Dv II, B,4,b).

2.3.4. Argument z godności dziecka

Argument ten jest zawarty w Instrukcji Kongregacji Nauki Wiary *Domum vitae*. Dokument ten stwierdza, że złamanie zasady jedności znaczeń aktu małżeńskiego i zafałszowanie mowy ciała naruszają godność tak poczętego dziecka. Zostaje ono sprowadzone do poziomu efektu technologii naukowej oraz przedmiotu manipulacji i panowania technologicznego (Dv II,B,4,c).

Argument ten odnosi się także do macierzyństwa zastępczego, podkreślając jego obiektywne braki w stosunku do obowiązków miłości macierzyńskiej, wierności małżeńskiej i odpowiedzialnego macierzyństwa. Macierzyństwo zastępcze obraża godność i prawo dziecka do poczęcia, do okresu ciąży i wychowania przez własnych rodziców oraz wprowadza, ze szkodą dla rodzin, rozdział między czynnikami fizycznymi, psychicznymi i moralnymi, które je konstytuują (Dv II,A,3).

Techniki sztucznego zapłodnienia, w tym zapłodnienia in vitro, godzą w jedność małżeństwa i rodziny, pozbawiają dziecko prawa do biologicznego związku z rodzicami – zamiast owocem miłości i spadkobiercą ich dziedzictwa, dziecko staje się „artykułem” służącym zaspokojeniu doraźnych potrzeb. Może być także rozmyta lub zerwana przynależność rodzinna dziecka, np. dziecko zrodzone z kobiety, która przyjęła zygotę z zapłodnionej komórki jajowej drugiej kobiety, adoptowane z kolei przez inną jeszcze kobietę, ma patrząc z perspektywy biologicznej dwie matki, a z perspektywy prawnej – trzy, może się jednak zdarzyć, że nie będzie miało, z różnych przyczyn, żadnej, np. gdy żadna z tych kobiet nie będzie chciała uznać go za swoje dziecko⁴⁷³.

⁴⁷² Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1. s. 181-182.

⁴⁷³ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 97.

Zwolennicy zapłodnienia in vitro podkreślają sprawę przychodzenia z pomocą ludziom dotkniętym bezpłodnością, zdaniem przeciwników tej metody nie zauważają jednak kosztów i ofiar, jakie trzeba ponieść by ten cel został osiągnięty. Zgodnie z założeniami etyki personalistycznej, rozwój nauki, techniki, postęp i wolność, a także pragnienie posiadania potomstwa mają swoje miejsce w całości ludzkiej, rozumnej aktywności, ale nie mogą być one przyjmowane ze szkodą dla moralnych praw żadnego człowieka, zwłaszcza dziecka. Jego dobro, jego prawa winny być w najwyższym stopniu respektowane⁴⁷⁴.

2.3.5. Argument ze skutków

Argument ten jest formułowany odnośnie do konieczności niszczenia nadliczbowych embrionów. Kościół, przyznając status osoby istocie ludzkiej od momentu zapłodnienia komórki jajowej do naturalnej śmierci, zrównuje, w *Donum vitae*, niszczenie zarodków z przerywaniem ciąży, które traktowane jest z kolei jako zabójstwo człowieka (Dv II,B,5).

Ponadto w przypadku in vitro heterologicznego naruszona jest trwałość rodziny oraz zostają zafałszowane stosunki pokrewieństwa i stosunki osobowe w małżeństwie, co może stać się źródłem niezgody, nieładu i niesprawiedliwości w całym życiu społecznym (Dv II,A,2). Negatywne skutki stosowania sztucznej prokreacji nie dotyczą więc tylko konkretnej rodziny, ale rozciągają się na całe życie społeczne.

2.3.6. Argument technologiczny

Argument ten, również oparty na treści Instrukcji *Donum vitae*, wskazuje groźbę zastąpienia naturalnej prokreacji technologią produkcji zarodków, otrzymywania „dzieci z projektu”⁴⁷⁵. Akceptacja metody in vitro, zwłaszcza w wersji heterologicznej, zwiększy zasób technik służących manipulacji na ludzkich zarodkach, co według niektórych autorów oznacza wejście na równię pochyłą. Akceptacja ta może bowiem doprowadzić do zastąpienia dotychczasowego wzorca reprodukcyjnego paradygmatem technologicznym, w którym nowych ludzi będzie

⁴⁷⁴ Por. tamże, s. 174.

⁴⁷⁵ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1. s. 192.

się „produkować”⁴⁷⁶. Gamety męskie i żeńskie będą traktowane jako towar, który można za określoną cenę sprzedać lub kupić⁴⁷⁷. A przecież są one elementami ciała pełniącymi bardzo ważne biologicznie oraz kulturowo funkcje, takie jak dawanie życia, zachowanie biologicznej ciągłości między rodzicami a potomstwem. Skoro osobom, życiu i jego ciągłości przypisywane są różne symboliczne wartości, to w jakimś sensie również gamety posiadają „wartość pochodną”, a uczynienie z nich przedmiotu handlu jest kupieniem tymi wartościami. A możliwość handlowania ludzkimi zarodkami oznaczałaby wręcz handel ludźmi⁴⁷⁸.

Technologiczno-handlowy wymiar metody in vitro niesie zagrożenie dla człowieczeństwa płodu i jego rodzicieli, pozbawia dziecko właściwej, moralno-społecznej oprawy życia rodzinnego⁴⁷⁹. Skutki takie i zagrożenia wykluczają pozytywną ocenę etyczną sztucznej prokreacji.

2.4. Inne argumenty przeciw dopuszczalności metody in vitro

Obok argumentów zawartych w dokumentach Kościoła katolickiego odwołującego się do etyki personalistycznej, można w literaturze przedmiotu spotkać inne argumenty, które sprzeciwiają się dopuszczalności metody sztucznego zapłodnienia in vitro. Należą do nich między innymi: argument z trwałości tradycyjnej rodziny i dobra dziecka; argument teoretyczny, związany z definicjami bezpłodności, macierzyństwa i ojcostwa; argument kulturowy; oraz argument z odpowiedzialności za przyszłe pokolenia.

2.4.1. Argument z trwałości tradycyjnej rodziny i dobra dziecka

Argumentacja ta jest najczęściej adresowana do zwolenników metody in vitro heterologicznego, ale w jakiś sposób dotyczy wszystkich technik in vitro. Jej autorzy stwierdzają, że metoda ta może naruszyć trwałość tradycyjnej rodziny oraz zagrozić dobru dziecka. Poważnym zagrożeniem jest brak ograniczeń w doborze partnerów prokreacji, czemu sprzyja istnienie banków spermy i komórek jakowych, otwierających niekontrolowane możliwości uzyskiwania przyszłego potomstwa.

⁴⁷⁶ Por. tamże, s. 199-200.

⁴⁷⁷ Por. L. Niebrój: *U początków...*, s. 117-118.

⁴⁷⁸ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 200.

⁴⁷⁹ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 178.

Potomstwo może mieć każdy, kto ma prawo do procedur medycznych, a co za tym idzie – także do procedur wspomaganej prokreacji, np. samotne kobiety, partnerzy homoseksualni, ludzie żyjący w niezalegalizowanych formalnie związkach. Jedynym bowiem kryterium posiadania potomstwa metodą *in vitro* jest, według jej zwolenników, gwarancja stworzenia przyszłym dzieciom odpowiednich warunków domowych, podobnie jak w przypadkach adopcji⁴⁸⁰. Wobec tego nawet małżeństwo, które nie spełnia tego kryterium, nie powinno uzyskać zgody na *in vitro*, natomiast ludzie żyjący w innych związkach lub osoby samotne mogą zgodę uzyskać⁴⁸¹. Kryteria takie naruszają trwałość tradycyjnej rodziny, składającej się z ojca, matki oraz dzieci. „Rodziną” stają się samotne kobiety, pary homoseksualne, ludzkie żyjące w nieformalnych związkach, a dziecko w takiej „rodzinie” zostaje pozbawione pełnej miłości rodziców – ojca i matki oraz tradycyjnego środowiska rozwoju, wychowania, kształcenia cech osobowości i charakteru.

Formułujący ten argument podkreślają również wagę czynników psychologicznych, które mogą wpływać na trwałość małżeństwa. Świadomość obcego, pozamałżeńskiego źródła zapłodnienia, może zgubnie działać na poczucie wzajemnego związku partnerów, może doprowadzić do jego całkowitego rozpadu⁴⁸². Potomstwo zamiast scalać związek, staje się powodem jego niespójności.

Składnikiem tej argumentacji są również względy genetyczne. Upowszechnienie metod heterologicznych sprawi, że coraz więcej szeroko rozumianych par będzie miało dzieci niezwiązane genetycznie z legalnymi rodzicami. Zmienia to tradycyjny model rodziny, w którym potomstwo to spadkobiercy, także pod względem genetycznym, swoich rodziców. Nasuwa się tu pytanie, czy dzieci powinny znać swoich genetycznych rodziców? Czy biologiczna matka i biologiczny ojciec mają utrzymywać kontakty z dzieckiem?⁴⁸³

Z kwestiami genetycznymi wiąże się także (wyżej już wskazana) groźba kazirodztwa⁴⁸⁴. Obawa ta jest tym bardziej uzasadniona, że dzisiejszy świat staje się „globalną wioską”, gdzie możliwość przemieszczania się jest w zasadzie nieograniczona. Czy nie dojdzie do sytuacji, że konieczne będą badania wykluczające możliwość, że przyszli małżonkowie nie są rodzeństwem?

⁴⁸⁰ Por. P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki...*, s. 81 i n.

⁴⁸¹ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 196.

⁴⁸² Por. S. Olejnik: *W kręgu moralności...*, s. 366.

⁴⁸³ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 197.

⁴⁸⁴ Por. L. Niebrój: *U początków...*, s. 118.

Jeszcze inna wątpliwość dotyczy faktu, że w przypadku dawstwa zygot można mówić o „adopcji przedurodzeniowej”. Upowszechnienie się macierzyństwa zastępczego jeszcze bardziej skomplikuje stosunki pokrewieństwa i rodzicielstwa (może się np. zdarzyć, że dziecko będzie miało trzy matki – dawczynię jaja, matkę zastępczą i matkę legalną). Jako kontrargument zwolennicy metody *in vitro* przywołują rozwody, które powodują podobne komplikacje. Jednak w przypadku techniki *in vitro* niejako z góry się dopuszcza takie możliwości, a w przypadku rozwodów są one wynikiem często dramatycznych sytuacji życiowych⁴⁸⁵.

W argumentacji opartej na wzorcu trwałości rodziny i dobru dziecka są także stawiane pytania dotyczące racji zaistnienia. W „naturalnym” sposobie poczęcia dziecka i jego przyjściu na świat rolę odgrywa przypadek, nawet wówczas, gdy rodzice w sposób świadomy decydują się na posiadanie dziecka, rezygnując np. z stosowanej dotychczas antykoncepcji. Natomiast w przypadku metody *in vitro* nie da się mówić o przypadku, uwzględniając wybór zarodka do implantacji i procedury dotyczące nadliczbowych embryonów. Dziecko w przyszłości może postawić pytanie trudne dla siebie i rodziców: dlaczego ja żyję, a moi bracia czy siostry nie?⁴⁸⁶

2.4.2. Argument związany z koniecznością przededefiniowania pojęć bezpłodności, macierzyństwa i ojcostwa

Stosowanie metod wspomaganego rozrodu, a wśród nich metody *in vitro*, wymusza zmiany definicji bezpłodności oraz pojmowania macierzyństwa i ojcostwa. We wcześniejszych definicjach bezpłodności wskazuje się defekty układu płciowego, natomiast zaakceptowanie *in vitro*, zwłaszcza heterologicznego, może prowadzić do rozszerzenia tejże definicji, tak by obejmowała, poza defektami układu rozrodczego, zarówno indywidualne upodobania seksualne, ale także preferencje dotyczące wybranych cech przyszłego dziecka niespełnialne w sposób naturalny (myślenie eugeniczne). Wpisane do definicji tych pierwszych – indywidualnych upodobań seksualnych – sprawiłoby konieczność objęcia technikami *in vitro* osób homoseksualnych i kobiet żyjących samotnie. W rozszerzonym, zgodnym z możliwościami *in vitro*, sensie osoby takie bowiem są bezpłodne wskutek sposobu

⁴⁸⁵ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 197.

⁴⁸⁶ Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 91.

życia i upodobań jakie wybrały. Natomiast możliwość projektowania cech przyszłego dziecka (np. inteligencji, płci itd.) niesie groźbę, że po narodzeniu dziecka o niechcianych cechach, frustracja, jakiej doświadczają rodzice, będzie nie mniejsza od przeżywanej przez pary pozbawione zdolności do prokreacji⁴⁸⁷.

Również pojęcia macierzyństwa i ojcostwa, wskutek rozpowszechniania się metody *in vitro*, muszą zostać przeformułowane. Zastosowanie tych technik, zwłaszcza łącznie z różnymi możliwościami w zakresie dawstwa gamet i macierzyństwa zastępczego, pozbawia macierzyństwo oraz ojcostwo ich dotychczasowego, naturalnego charakteru, zakorzenionego w biologii człowieka, zmieniając te role w zjawisko coraz bardziej uwarunkowane kulturowo⁴⁸⁸. Przestaje być jasne, którą z kobiet – dawczynię jaja, biorczynię, surogatkę – nazwać matką. W niektórych próbach prawnego uregulowania jest co prawda uściślenie, że matka to kobieta, która rodzi, ale w przypadku możliwości kombinacji związanych z metodą *in vitro* uściślenie takie często nie jest zadowalające. Podobne wątpliwości dotyczą ojca: czy jest nim dawca gamet, mężczyzna „zamawiający” gamety, czy mężczyzna będący mężem/partnerem kobiety, która rodzi dziecko? Z uwagi na te wszystkie pojęciowe i koncepcyjne problemy przeciwnicy *in vitro* sprzeciwiają się jej legalizacji i upowszechnieniu.

2.4.3. Argument kulturowy

Argument ten związany jest funkcjonującymi w danej kulturze czy społeczeństwie, ogólnie przyjmowanymi normami moralno-obyczajowymi. Dotyczą one społecznej akceptacji na przykład związków nieformalnych, zarówno hetero jak i homoseksualnych, i prawa do posiadania potomstwa przez osoby żyjące w takich związkach oraz samotne kobiety. Istotna jest tu także kwestia akceptacji samej metody *in vitro*, jej konsekwencji. Normy zakorzenione w społeczności regulują również sprawy bezpłodności i sposobów jej przezwyciężania. Zwolennicy zmian stwierdzają wprawdzie, że akceptacja kulturowa nowych norm to tylko sprawa czasu i edukacji społeczeństwa, przeciwnicy jednak podkreślają, że są to zmiany zbyt daleko idące i uderzające w podstawy danej kultury i społeczności. Warto dostrzec,

⁴⁸⁷ Por. J. Testart: *Przejrzysta komórka...*, s. 29; D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 119-121; E. Klimowicz: *Problemy moralne laboratoryjnych metod prokreacji*. „Człowiek i Światopogląd” 1988, nr 5, s. 45-47.

⁴⁸⁸ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 198.

że ważną rolę w tym sporze ma refleksja bioetyczna, sprzyjająca utrzymywaniu równowagi między autonomią rozrodczą obywateli, a dobrem dzieci oraz zachowaniu ciągłości przemian kulturowych w tak delikatnej sferze, jak seksualność i prokreacja⁴⁸⁹.

2.4.4. Argument z odpowiedzialności za przyszłe pokolenia

Argument ten pojawia się najczęściej w kontekście problemów etyki środowiska naturalnego, etyki populacji, ale również bioetyki. Odwołuje się on do dążenia rodziców, aby swoim dzieciom zapewnić jak najlepsze warunki rozwoju, bezpieczeństwo, godne życie, a także do wpływu, jaki na życie człowieka, jego zachowanie, status społeczny, głoszone wartości itp. mają decyzje przeszłych pokoleń (rodziców, dziadków)⁴⁹⁰.

Obecne możliwości człowieka, zwłaszcza w dziedzinie medycyny rozrodu oraz inżynierii genetycznej, usprawiedliwiają tezę, że dokonywane dziś ingerencje mogą wpływać na życie przyszłych pokoleń, także tych, których istnienie jedynie jest przewidywane. W tym kontekście pojawia się pytanie o los nie tylko poszczególnych jednostek, ale całego ludzkiego gatunku. Podejmowane są próby budowania nowej dyscypliny etyki stosowanej – genEtyki (etyki genu) – której zadaniem ma być określenie zakresu odpowiedzialności za przyszłe pokolenia, obejmującej także decyzje co do ingerowania w psychofizyczną (genetyczną) kondycję gatunku ludzkiego. Argumentacja ta ma więc zwrócić uwagę na dalekosiężne skutki obecnych działań oraz konieczność właściwego używania naukowych zdobyczy i ochronę przyszłych pokoleń⁴⁹¹.

2.5. Zasady etyczne przywoływane przeciw metodzie in vitro

W argumentacji przeciw metodzie in vitro są stosowane argumenty formułowane w innych sporach etycznych. Najczęściej jest wykorzystywany tzw. argument równi pochyłej, a także argumenty odwołujące się do zasady, że cel nie

⁴⁸⁹ Por. tamże, s. 199.

⁴⁹⁰ Por. B. Chyrowicz: *Argumentacja...*, s. 20; Taże: *Problem argumentacji z odpowiedzialności za przyszłe pokolenia*. W: *Świadomość środowiska*. Red. W. Galewicz. Kraków 2006, s. 11-32.

⁴⁹¹ Por. tamże, s. 21-22.

uświęca środków, do zachowywania granic ryzyka oraz do zasady większego bezpieczeństwa w sytuacji moralnie wątpliwej.

2.5.1. Argument równi pochyłej

Argument ten pojawia się szczególnie często w bioetyce, zwłaszcza w dyskusjach i argumentacji dotyczących początku i końca życia oraz badań genetycznych⁴⁹². Podobnie jak argument z odpowiedzialności za przyszłe pokolenia, argument ten ma pokazywać, że działania obecne (w mikroskali) mogą w przyszłości zagrażać całej ludzkości⁴⁹³. Schemat tego argumentu jest następujący: jeśli pozwolić na praktykę A, nieszkodliwą bądź budzącą umiarkowany sprzeciw, to doprowadzi ona w nieunikniony sposób do praktyki Z, ohydnej i wysoce niepożądaney⁴⁹⁴. Argumentacja ta ostrzega więc przed uczynieniem pierwszego kroku, nawet gdy jest on czyniony z dobrymi intencjami, w dobrej wierze; może on jednak spowodować, że wejdzie się na drogę, na której każdy kolejny krok będzie się stawał coraz bardziej niebezpieczny, a to, co zostanie się na końcu drogi, może okazać się dla podmiotu czy społeczności zgubne. „Może”, bowiem nie ma pewności, czy działanie wprowadza na drogę równi pochyłej prowadzącej ostatecznie do szkody⁴⁹⁵. Argument równi pochyłej bywa określany efektem domina lub czubka klina. Pierwsza nazwa podsuwa obraz lawinowych skutków niewielkich na początku naruszeń w sferze np. moralności; druga – obraz ostatecznego rozłamu rozpoczynającego się od niewielkiego pęknięcia⁴⁹⁶.

Argument ten jest najczęściej formułowany w tzw. wersji logicznej (wspartej na analizie pojęć) oraz przyczynowej (empirycznej), w której trzeba wykazać związek przyczynowy pomiędzy ocenianym działaniem a jego niekorzystnymi skutkami⁴⁹⁷. Krytycy tego argumentu zarzucają mu nieostrość używanych w nim pojęć (wersja logiczna) albo trudności z ustalaniem związków przyczynowych między działaniami (wersja empiryczna). Argument równi pochyłej bywa też

⁴⁹² Por. B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko...*, s. 161; D. Ślęczek-Czakon: *Argument równi pochyłej w bioetyce. Spór o granice ryzyka*. W: *Etyka wobec problemów współczesnego świata*. Red. H. Promieńska. Katowice 2003, s. 147 i n.

⁴⁹³ Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 93; B. Chyrowicz: *Argumentacja...*, s. 17-19.

⁴⁹⁴ B. Dupré: *50 teorii...*, s. 98.

⁴⁹⁵ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 188-189. Na temat pełnej analizy argumentu równi pochyłej zob.: B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko...*, s. 161-222.

⁴⁹⁶ Por. B. Dupré: *50 teorii...*, s. 100-101.

⁴⁹⁷ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 189-190; B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko...*, s. 177-180.

nazywany narzędziem, które służy do wyolbrzymiania zagrożeń, używanym przez przeciwników nowych działań czy zachowań. Krytycy zarzucają także mieszanie obu wersji argumentu (logicznej i empirycznej), widoczne np. w rozumowaniu, że nie powinno się niszczyć nadliczbowych embrionów, gdyż prowadzi to do dzieciobójstwa i eutanazji: autorzy takiego argumentu rozszerzają najpierw pojęcie osoby ludzkiej by objąć także embriony, następnie przewidują empiryczne skutki otwartego tym pojęciem, wejścia na równię⁴⁹⁸.

Przeciwnicy in vitro formułujący ten argument najczęściej wskazują na końcu „równi pochyłej” zastąpienie naturalnego sposobu rozmnażania (reprodukcji) produkcją dzieci, uprzedmiotowienie istoty ludzkiej w technikach in vitro, unicestwienie podmiotu ludzkiego w technikach klonowania, manipulacji genetycznych i komercjalizacji⁴⁹⁹.

Argument ten jest zakładany także wówczas, gdy przeciwnicy metody in vitro ostrzegają, że ludzkie pragnienie posiadania potomstwa i bezkrytyczna wiara w technologię mogą sprawić, że w przyszłości będą stosowane powszechnie metody coraz bardziej wyrafinowane, lecz przynoszące złe zdrowotne, a także społeczne skutki uboczne⁵⁰⁰.

2.5.2. Argument z oceny moralnej ludzkiego działania – cel nie uświęca środków

Zgodnie z założeniami personalizmu chrześcijańskiego moralna kwalifikacja ludzkiego działania zależy od różnych kryteriów. Wśród nich na pierwszym miejscu wymienia się wewnętrzną treść działania, cele działania i środki do jego realizacji.

W przypadku sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego, jak i innych rodzajów manipulacji genetycznych i zabiegów związanych z powstaniem ludzkiego życia, ich wewnętrzna treść przedstawia się jako moralnie obojętna. W ich strukturze bowiem nie widać bezpośredniego odniesienia do moralnego dobra osoby ludzkiej, a ich wartość moralna pochodzi z zewnątrz (są bowiem tylko pewną techniką, instrumentem). O wartości moralnej w dużej mierze decydują więc cele

⁴⁹⁸ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 190.

⁴⁹⁹ Por. T. Biesaga: *Elementy etyki...*, s. 138; B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko...*, s. 307 i n.

⁵⁰⁰ Por. K. Szewczyk: *Bioetyka...*, t. 1, s. 191.

przyswiecejące tym działaniom oraz stwierdzone i dające się przewidzieć ich skutki⁵⁰¹.

W przypadku dylematów moralnych, jakkolwiek zostaną one zdefiniowane, człowiek staje przed koniecznością jakiegoś wyboru. Powstająca wówczas sytuacja (co powinno się uczynić?) bywa i jest różnie opisywana i normowana. Podstawowe są dwa typy rozwiązań: koncepcje oparte na pojęciu obowiązku (deontologizm) oraz kładące nacisk na skutki działań (konsekwencjalizm). Różnice między tymi stanowiskami ukazuje wyraźnie odwołanie się do kategorii celów i środków. Według konsekwencjalizmu działania są jedynie środkiem do osiągnięcia celu, a ich etyczna wartość jest określana przez efektywność, z jaką dany środek do owego celu prowadzi. Wybór sposobu działania zależy więc od przewidywanych jego skutków: cel uświęca środki. Deontologizm natomiast zakłada, że działania nie są tylko środkami do celu, lecz same w sobie są złe lub dobre; mają własną, a nie tylko instrumentalną wartość etyczną: sam cel nie uświęca środków⁵⁰².

Jako główny cel wykorzystania technik *in vitro* jest wskazywane spełnienie pragnienia posiadania potomstwa, przeżywania radości z rodzącego się życia. Powodem zastosowania tej metody może być także zaspokojenie własnych ambicji, chęci bycia matką, ojcem oraz zabieganie o pełną aprobatę społeczną, gdyż często za wartościowe, doceniane, godne szacunku i pomocy uważa się małżeństwa posiadające dzieci.

Jednak, rozumiejąc powody skorzystania ze sztucznej prokreacji, przeciwnicy *in vitro* podkreślają, że nie można pomijać środków oraz skutków wykorzystania tej metody. Należą do nich skutki hiperstymulacji jajników, groźne dla zdrowia a nawet życia kobiety i dziecka. Podnoszona jest także wysoka umieralność embrionów implantowanych, które mogą mieć trzy a nawet czterokrotnie mniejsze szanse na przeżycie niż embriony rozwijające się w sposób naturalny; *in vitro* należy uznać tu za przyczynę śmierci pewnej liczby embrionów. Nawet gdyby udało się tak udoskonalić metodę sztucznego zapłodnienia, iż nie powstawałyby żadne nadliczbowe embriony, to i tak ze względu na niską skuteczność metoda ta budziłaby kontrowersje etyczne⁵⁰³. Uwaga zwrócona jest także na los embrionów

⁵⁰¹ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 158-160.

⁵⁰² Por. B. Dupré: *50 teorii...*, s. 78-80.

⁵⁰³ Por. P. Czarniecki: *Dylematy...*, s. 88; B. Zapart: *In vitro – tak czy nie...*, s. 6.

nadliczbowych (niszczenie, kriokonserwacja, eksperymenty naukowe)⁵⁰⁴. Także konsekwencje związane z dawstwem gamet i wykorzystaniem instytucji matki zastępczej (zerwanie fizycznego i duchowego związku embrionu z organizmem i psychicznymi przeżyciami biologicznej matki, zagrożenie trwałości i jedności małżeństwa) oraz komercjalizacja tej praktyki budzą sprzeciwy⁵⁰⁵.

Przeciwnicy metody *in vitro* akcentują dysonans pomiędzy celami tej metody a środkami do jej skutecznej realizacji. Nie można środków złych stosować nawet wtedy, kiedy chodzi o realizację celów godziwych, a tym bardziej celów, nad których moralnością jeszcze się dyskutuje⁵⁰⁶. Człowiek w ujęciu personalizmu chrześcijańskiego jest istotą cielesno-duchową, co odróżnia go od reszty bytów istniejących w przyrodzie, co sprawia, że jest wolnym podmiotem istnienia i działania. Posługiwanie się człowiekiem jako środkiem do jakiegoś celu, jak ma to miejsce w metodzie *in vitro*, jest niedopuszczalne, godzi w jego godność i jego moralne atrybuty⁵⁰⁷.

2.5.3. Granice ryzyka

Z relacją środków do celów wiąże się pytanie o granice ryzyka. Często człowiek podejmujący działanie skazany jest na podejmowanie ryzyka z nim związanego. Metoda *in vitro* niesie ze sobą ryzyko użycia moralnie złych środków oraz ryzyko spowodowania złych skutków. Zwolennicy technik wspomaganej prokreacji utrzymują, że owe ryzyka są ceną, jaką należy zapłacić za postęp w medycynie, to koszt, jaki należy ponieść dla wyższego dobra całej ludzkości. Jednak, jak zauważa T. Ślipko, zło skutków może przybrać podwójną formę: zła fizycznego lub zła moralnego. Zło fizyczne samo w sobie jest moralnie obojętne, na jego ocenę wpływają okoliczności. Z kolei zło moralne polega na przekroczeniu określonej wartości moralnej i jako takie podlega absolutnemu zakazowi jego spełniania; nie istnieje więc jakakolwiek, nawet wyjątkowa jego dopuszczalność,

⁵⁰⁴ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 192-193.

⁵⁰⁵ Por. tamże, s. 193-195.

⁵⁰⁶ Por. tamże, s. 185; zob. także: J-L. Bruguès: *Fecondazione artificiale: una scelta etica?* Torino 1991, s. 62.

⁵⁰⁷ Por. tamże, s. 119-122.

pozostaje ono zawsze złem i pociąga za sobą winę moralną podmiotu go sprawiającego⁵⁰⁸.

Oceniając metodę *in vitro* należy zapytać, czy działania te powodują wyłącznie zło fizyczne, czy także zło moralne. Metoda ta pociąga za sobą negatywne skutki i znaczne ryzyko (bezpieczeństwo embrionów, powikłania zdrowotne matki itd.)⁵⁰⁹. Nieuprawnione jest stwierdzenie, że skutki i ryzyko można zrekompensować spełnieniem pragnienia posiadania potomstwa czy potrzebą rozwoju medycyny. W grę wchodzi tu bowiem naruszenie podstawowych moralnych nakazów, nade wszystko ochrony życia i zdrowia. Metoda *in vitro* zatem musi zostać oceniona jako działanie moralnie złe⁵¹⁰.

Argument z ryzyka jest w dyskusjach bioetycznych stosunkowo rzadko przywoływany. Bioetyka zna pojęcie granic ryzyka w interwencjach medycznych (bardzo wiele działań medycznych, zarówno diagnostyczno-terapeutycznych, jak i eksperymentalnych związanych jest z ryzykiem). Zwolennicy technik *in vitro* zwracają uwagę, że w praktyce medycznej jest zgoda na podejmowanie takich właśnie interwencji niezwykle ryzykownych, których powodzenie szacuje się nawet tylko na kilka procent. Jednak, zdaniem przeciwników tej metody, tego sposobu myślenia nie można przenieść na *in vitro*: w przypadku niebezpieczeństwa śmierci i ryzykownej ingerencji medycznej to nie człowiek (lekarz czy pacjent) wywołał tę sytuację, pojawiła się ona niezależnie od ludzkich decyzji, a lekarz podejmuje ryzykowną próbę, ponieważ nie ma innej możliwości ratowania ludzkiego życia, która być może nie przyniesie spodziewanych skutków (lecz jest przynajmniej jakiś procent szansy). Natomiast w technice *in vitro* to człowiek kreuje sytuację, w której życie embrionu jest zagrożone; takiego ryzyka stwarzać nie wolno, tym bardziej, że skuteczność techniki *in vitro* ocenia się na kilkanaście procent. Można więc powiedzieć, że ryzyko śmierci embrionu należy oszacować na poziomie ponad 80%⁵¹¹.

⁵⁰⁸ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 202.

⁵⁰⁹ Por. P. Czarnecki: *Dylematy...*, s. 88-89.

⁵¹⁰ Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 202-204.

⁵¹¹ Por. A. Sikora: *Dylematy w bioetyce - in vitro - rodzina - medycyna - etyka*. [http: www.archidiecezja.wroc.pl/pliki/wd-invintro06092008.pdf](http://www.archidiecezja.wroc.pl/pliki/wd-invintro06092008.pdf), z dn. 12.04.2010; J-L. Bruguès: *Fecondazione artificiale...*, s. 50 i n.

2.5.4. Zasada większego bezpieczeństwa w wątpliwej materii moralnej

Według T. Ślipki zadaniem etyki jest formułowanie ocen i norm ludzkiego działania (aktów), będącego drogą realizacji osobowego ideału moralnego. Kryteria moralne powinny nade wszystko być odzwierciedleniem rzeczywistego moralnego ładu, w przeciwnym bowiem razie, tj. gdy reguły są wyrazem zdeformowanego i nieobiektywnego obrazu rzeczywistości moralnej, na etykach formułujących na ich podstawie kryteria postępowania ciąży przede wszystkim odpowiedzialność za zło z tych działań wynikające, a dopiero następnie na podmiotach spełniających te działania. Ponieważ tak ważna jest odpowiedzialność etyków i moralistów za głoszone przez nich sądy i opinie, konieczne jest sprawdzenie, jaki stopień pewności przysługuje formułowanym przez nich regułom postępowania, zwłaszcza jeśli na gruncie jednego systemu etycznego działanie zostaje ocenione w różny sposób – przez jednych jako moralnie dobre, przez innych jako moralnie złe. Wówczas należy zbadać wszelkie przesłanki i argumentacje, których wynikiem jest ocena moralna i dopiero po takim kontekstowym sprawdzeniu można stwierdzić, czy dana postulowana reguła sprzyja realizacji dobra, a nie zła moralnego.

W takim postępowaniu bardzo pomocna jest zasada „większego bezpieczeństwa” – jeśli jakieś działanie owo bezpieczeństwo narusza, wówczas należy go zaniechać, a jego podjęcie uznać za niegodziwe moralnie.

Techniki sztucznego zapłodnienia dotyczą aktów ludzkich, których przedmiotem jest życie człowieka. Z punktu widzenia etyki personalizmu w metodzie *in vitro* może dochodzić do naruszenia prawa do życia embrionu, co uzasadnia nakaz powstrzymania się od tego typu działań. Nakaz ten znajduje także swoje uzasadnienie w idei świętości życia ludzkiego i etycznej zasadzie – *czyń dobro, a unikaj zła* – zła śmierci lub zagrożeń dla człowieka w fazie embrionalnej. Zgodnie z zasadą „większego bezpieczeństwa” należałoby podjąć tylko takie działania, które to ryzyko śmierci lub obrażeń niwelują oraz całkowicie powstrzymać się od działań, jeśli takowych konsekwencji uniknąć się nie da⁵¹².

⁵¹² Por. T. Ślipko: *Bioetyka...*, s. 198-200; Tenże: *Zarys etyki...*, s. 358.

3. W stronę kompromisu

Oceniając argumenty formułowane – zarówno przez zwolenników, jak i przeciwników metody *in vitro*, warto wyjść od pytania czy argumenty te są przekonującymi, niepodlegającymi dyskusji i niepodważalnymi dowodami trafności uzasadnianych ocen?

Kluczowe dla wielu argumentów jest określanie statusu embrionu ludzkiego i wyznaczanie kryteriów człowieczeństwa. Od tysięcy lat filozofowie pytają, kim jest człowiek, na czym polega istota człowieczeństwa, jaki zespół cech o tej istocie decyduje. Charakteryzowano człowieka jako: istotę rozumną; osobowy byt zdolny do transcendencji; istotę wolną, posiadającą samoświadomość i świadomość śmiertelności; istotę społeczną, historyczną, samorealizującą się w twórczej pracy; istotę zdolną żywić pragnienie życia itd. Filozoficznych ujęć istoty człowieczeństwa można tworzyć bardzo wiele, ale nigdy nie będzie to pełna charakterystyka tej istoty. Nawet scalenie wszystkich dotychczasowych ujęć nie da pełnego obrazu człowieka⁵¹³. Przyjmowane przez różne strony debaty bioetycznej definicje człowieka, ustalenia dotyczące statusu embrionu ludzkiego nie stanowią twardych podstaw argumentów formułowanych w debacie nad *in vitro*.

Podobna niekonkluzywność dotyczy kryteriów człowieczeństwa. Nie ma, jak wiadomo, jednego kryterium, przyjmowanego przez wszystkich, a stosowanie wybranego jest nieuniknienie dyskusyjne. Na przykład kryteria rozwojowe zakładają, że „stawanie się człowiekiem” jest złożonym procesem, a nabywanie statusu osoby jest związane z nabyciem określonej cechy, co skutkuje nieostrością takiego sprawdzianu: nie da się stwierdzić, czy (od kiedy) organizm określone cechy nabył. Z kolei kryterium genetyczne (które ma wzmacniać embriologia i genetyka) zakłada, że człowiek posiada stałą, niezmienną własność, nabytą w momencie zapłodnienia, stanowiącego początek człowieczeństwa. Przeciwnicy tego kryterium podkreślają jednak, odwołując się także do danych empirycznych, że nie jest to takie oczywiste z uwagi na zmiany, jakie mogą się dokonać w embrionie do 13. dnia rozwoju. Wobec tego nauki empiryczne nie mogą decydować o istocie człowieczeństwa, „człowieczeństwo” to pojęcie filozoficzne, a nie biologiczne⁵¹⁴.

⁵¹³ Por. D. Ślęczek-Czakon: *Problem wartości...*, s. 72-74.

⁵¹⁴ Por. tamże, s. 60-62.

Także pozostałe argumenty przywoływane w debacie nad metodą *in vitro* nie są rozstrzygające, odwołują się bowiem do różnych założeń filozoficznych i etycznych. Argumenty zwolenników, choć wydają się zdroworozsądkowe oraz poparte wiedzą z zakresu medycyny, psychologii czy prawnymi ustaleniami, zdradzają swoje zakorzenienie w ideach utilitaryzmu (akcentującego korzyści), deontonomizmu (opartego o spełnienie obowiązku), zasadach pryncypializmu (zwłaszcza autonomii i dobroczynności), etyce troski itd. Dobrze widać to choćby w przyznaniu pierwszeństwa nauce i technice w stosunku do człowieka, podkreślaniu praw reprodukcyjnych, akcentowaniu korzyści dla bezpłodnych małżeństw płynących z wykorzystania sztucznej prokreacji. Z kolei argumenty przeciwników, choć też odwołują się do odkryć nauk szczegółowych, budowane są najczęściej na chrześcijańskim personalizmie, w którym obecne są uzasadnienia teologiczne: wiara w Boga, boskie pochodzenie norm moralnych, idea świętości i nienaruszalności życia ludzkiego, godność małżeństwa jako wspólnoty sakramentalnej, transcendentny wymiar prokreacji itd. – co nie trafia jednak do ludzi niewierzących.

Kwestionować można też zasady etyczne przywoływane przeciw metodzie *in vitro*. Argument równi pochyłej wydaje się tracić swoją moc w zderzeniu z życiem. Od wielu już lat, zwłaszcza w krajach zachodniej Europy czy USA, metoda *in vitro* jest powszechnie dostępna i stosowana, a nie doprowadziła do lawinowego, bezmyślnego stosowania związanych z nią technik, do wyparcia naturalnej prokreacji, zniszczenia takich wartości, jak tradycyjna rodzina, małżeństwo itd. Również argument z oceny moralnej ludzkiego działania, odwołujący się do zasady, że cel nie uświęca środków, może zostać zakwestionowany. Argumentacja tak wsparta jest skuteczna tylko gdy (choć – nie zawsze gdy) uznaje się tę zasadę. Zwolennicy np. utilitarystycznych koncepcji uwzględniają tylko osiągnięty cel, bez względu na użyte środki.

Skrajność większości stanowisk obecnych w dyskursie bioetycznym jest wyraźnie widoczna. Skrajne nastawienie skutkuje brakiem porozumienia, dyskusje zmierzające do pokonania przeciwnika dostarczają jednak wartościowego materiału w postaci rozbieżnych poglądów, opinii, ocen, przytaczanych faktów i formułowanych argumentów. Jeśli tylko spór jest oparty o rzeczowe, rozumne argumenty, daje możliwość nie tylko poznania stanowiska drugiej strony, lecz także ponownego przeanalizowania własnych założeń, dostrzeżenia i usunięcia błędów

w argumentacji itp. Trzeba jednak otworzyć się na dialog, porzucić niejednokrotnie fundamentalistyczne podejście do własnych założeń, uszanować zdanie innych.

Zestawienie tych skrajnych postaw w sporze o in vitro skłania do pytania, czy jest coś, co łączy zarówno przeciwników i zwolenników tej metody. Za łącznik taki i punkt wyjścia do dyskusji nastawionych na kompromis można uznać dobro – przede wszystkim dziecka, a także rodziców i innych osób, których metoda ta może dotyczyć. Dbłość o dobro osób, choć różnie rozumiana, może stanowić podstawę poszukiwania porozumienia, wypracowania stanowiska, które byłoby możliwe do zaakceptowania przez wszystkich. Wiąże się to oczywiście z koniecznością pójścia na pewne ustępstwa. Za „światelko w tunelu” można w tym względzie uznać stanowisko personalizmu luterńskiego, które – odwołując się do spirytualistycznej koncepcji człowieka – uznaje metodę in vitro za moralnie dopuszczalną, precyzując jednocześnie warunki jej stosowania. Dla autora tej pracy stanowisko to jest do przyjęcia, tym bardziej, że przemawiają za nim także dane embriologii, zwłaszcza opisujące pierwsze dni rozwoju zarodka po zapłodnieniu.

Niewątpliwie metoda wspomaganej prokreacji jest milowym osiągnięciem w działalności człowieka. Jej stosowanie nie powinno jednak być bezrefleksyjne. Z jednej strony trzeba się zgodzić ze zwolennikami tej metody, gdy mówią o poczęciu nowego życia (osoby) i radości z posiadania potomstwa, która jest udziałem osób dotkniętych bezpłodnością, ale trzeba także dostrzec słuszność argumentów formułowanych przez przeciwników, a dotyczących tak ważnych kwestii, jak los nadliczbowych embrionów, embrioredukcji, wykorzystania matki zastępczej, dawstwa gamet, czy tendencji eugenicznych (nawet przy założeniu, że kilkukomórkowy zarodek to tylko „praczłowiek”, czy „człowiek w potencji”). Nie należy zatem potępiać metody in vitro, zarzucając jej wypieranie natury przez technikę, żyjemy bowiem w świecie, gdzie technika zdaje się być obecną we wszystkich wymiarach życia człowieka i wyparła wiele procesów naturalnych; ale nie należy także godzić się na wszystkie sposoby jej wykorzystywania. Możliwe do zaakceptowania wydaje się in vitro homologiczne, w którym gamety pochodzą od małżonków (szeroko rozumianych). Trudne do etycznego zaakceptowania, ze względu na skutki, wydaje się natomiast in vitro heterologiczne i korzystanie z instytucji matki zastępczej oraz tworzenie i przechowywanie zamrożonych embrionów bez pewności co do późniejszej implantacji do organizmu matki, a także wykorzystanie ich do celów badawczych. Dobro, jakim jest życie dziecka, dobro,

jakim jest radość rodziców z posiadania potomstwa, posiadają ogromną wartość, należy jednak postępować tak, aby wartość ta nie była osiągnana kosztem całkowitego podeptania innych wartości.

Kompromis między skrajnymi stanowiskami, choć wydaje się trudny (dla niektórych wręcz niemożliwy) na gruncie filozoficznych i etycznych założeń, powinien stanowić podstawę wszelkich regulacji prawnych dotyczących zagadnień bioetycznych, w tym metody in vitro. Taki też winien być cel bioetyki: konfrontując różne stanowiska i oceny, szanując pluralizm poglądów, szukać tego, co łączy, odrzucać skrajności oraz formułować właściwe rekomendacje, będące podstawą dla regulacji prawnych. Bioetyka – poza byciem areną filozoficzno-etycznych debat – pełniłaby funkcję służebną wobec działalności legislacyjnej.

ZAKOŃCZENIE

Rozważania poświęcone filozoficznym i etycznym aspektom metody in vitro warto domknąć zebraniem ich głównych wyników. Pierwszym jest zestawienie i uporządkowanie ustaleń dotyczących medycznej strony metody in vitro, wzbogacone o szerszy kontekst obejmujący główne zagadnienia związane z medycyną rozrodu. Dało to podstawę do sformułowania problemów i dylematów moralnych wynikających z jej stosowania. Za schemat ich prezentacji posłużył podstawowy podział in vitro na homologiczne i heterologiczne (oraz wyodrębnienie problemów dotyczących dziecka, rodziców, związanych z dawstwem gamet), wskazane zostały także problemy etyczne wspólne dla obu tych odmian. Wartościowe jest także uściślenie terminologii, doprecyzowanie pojęć stosowanych w debacie bioetycznej, takich jak dylemat, problem, konflikt itp.

Ponieważ odpowiedzi na pytania dotyczące in vitro zależą od przyjmowanej teorii etycznej, zostały w rozprawie porównawczo przedstawione stanowiska obecne w debacie bioetycznej, zarówno klasyczne, jak i współczesne. Dało to możliwość poznania i skonfrontowania ich założeń, a także implikacji istotnych dla oceny metody in vitro. Analiza porównawcza wykazała, że w stosunku do metod wspomaganego rozrodu są prezentowane dwie główne, skrajne postawy (zbudowane na dwóch skrajnych orientacjach filozoficzno-etycznych: etycznym absolutyzmie

i etycznym relatywizmie; oraz dwóch skrajnych antropologiach: spirytualistycznej i materialistyczno-naturalistycznej). Pierwsza, reprezentowana głównie przez personalizm katolicki, zdecydowanie sprzeciwia się możliwości korzystania z in vitro; druga, akceptująca tę metodę, jest wsparta najczęściej o założenia utylitarystyczne czy deontonomiczne. Stanowiskiem pośrednim, bliskim autorowi tej pracy, jest pogląd Kościoła luterńskiego w Polsce, który dopuszcza in vitro homologicznego, natomiast negatywnie ocenia odmianę heterologiczną, korzystanie z usług matki zastępczej, tworzenie i przechowywanie zamrożonych embrionów bez wyraźnego celu późniejszej inplantacji do organizmu matki oraz wykorzystywanie ich do eksperymentów naukowych. Stanowisko to można nazwać umiarkowanym, daje ono bowiem możliwość korzystania z metod wspomaganego rozrodu, chroniąc jednocześnie przed bezwarunkowym ich stosowaniem, a dokładniej – wyraźnie i wąsko wyznacza warunki korzystania z metody in vitro.

Kolejnym wynikiem rozważań jest rekonstrukcja, zestawienie i (częstkowa) ocena argumentów (filozoficznych, etycznych, prawnych, medycznych, psychologicznych, teologicznych itd.) formułowanych w dyskusji nad metodą in vitro. Ich prezentacja i analiza wykazała, że odwołując się do przyjętych założeń (np. przyjętej definicji osoby, wybranych kryteriów człowieczeństwa, prawd wiary), nie posiadają one charakteru rozstrzygającego lecz warunkowy.

Zawarte w pracy zestawienie stanowisk i argumentów widocznych w kontekście metody in vitro jest zgodne z przekonaniem, podzielanym przez piszącego te słowa, że pluralizm stanowisk bioetycznych, mnogość formułowanych na ich gruncie argumentów jest wartością. W przestrzeni publicznej jest bowiem miejsce dla różnych stanowisk i rzeczowej, rozumnej dyskusji, której celem jest wypracowanie stanowiska możliwego do przyjęcia przez różne strony dyskursu teoretycznego i większość społeczeństwa. Toczony spór, jeśli tylko są wolne od emocji, modnych opinii, nastawień irracjonalnych, fundamentalistycznych, dają możliwość poznania przekonań innych uczestników debaty, skłaniają do gruntownego przejrzenia własnych założeń, oczyszczenia poglądów z błędnych twierdzeń i poprawienia argumentacji. Ponadto, wzbogacone o rzetelną wiedzę medyczną, precyzyjne ustalenia filozoficzne i etyczne, otwarte na zasady dialogu, przyczyniają się do tworzenia właściwych, możliwych do przyjęcia i wprowadzenia w życie przepisów prawa. Wartościowa jest również ich nieideologiczna obecność

w świecie szeroko rozumianych mediów, sprzyjająca temu, że tematyka bioetyczna, nie jest ograniczona do debat akademickich.

Wyrażając nadzieję, że rozważania tej pracy sprzyjają rzetelnej dyskusji nad metodą in vitro, dostrzegam jednocześnie zasadne problemy, które można by podjąć w badaniach dotyczących problemów i dylematów związanych ze stosowaniem metody in vitro. Chodzi na pewno o zagadnienia z pogranicza etyki i prawa, a także o szersze studium porównawcze, obejmujące inne stanowiska bioetyczne i argumenty na ich gruncie formułowane. Zasadna i interesująca byłaby też analiza porównawcza regulacji prawnych (i ich założeń filozoficznych i etycznych) dotyczących metody in vitro, przyjmowanych w różnych krajach Europy i Stanach Zjednoczonych. Warte filozoficznej analizy są także projekty ustaw regulujących kwestię stosowania rozrodu wspomaganego zgłoszone do łaski marszałkowskiej polskiego Sejmu.

Refleksja bioetyczna, bez względu na to, jak uprawiana (teoretycznie czy regulująco) jest konieczna. Przyczynia się bowiem do zaspokojenia potrzeby uzasadnień moralnych ludzkiego działania, nasilającej się wraz z rozwojem oferowanych przez naukę możliwości, oddalających człowieka od „stanu naturalnego”.

BIBLIOGRAFIA

- Alichniewicz A., Szczęśna A. (red.):** *Dylematy bioetyki*. Łódź 2001.
- Badura-Madej W.:** *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Katowice 1999.
- Baker R.:** *Seks w przyszłości. Spotkanie pierwotnych popędów z technologią jutra*. Poznań 2002.
- Banaszczyk R.:** *Inne techniki rozrodu wspomaganego w leczeniu niepłodności*. W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Barański J., Waszyński E., Steciwko A. (red.):** *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Wrocław 2000.
- Barciszewski J., Łatowski K., Twardowski T. (red.):** *Nowe tendencje w biologii molekularnej i inżynierii genetycznej oraz medycynie*. Poznań 1996.
- Bartel H.:** *Embriologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa 1995.
- Beauchamp T., Childress J.:** *Zasady etyki medycznej*. Warszawa 1996.
- Bentham J.:** *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*. Warszawa 1968.
- Berg C., Moller A., Nilsson L., Wikland M.:** *Obstetric outcome and psychological follow – up of pregnancies after embryo reduction*. „Human Reproduction” 1999, nr 14, s. 2170-2175.

- Berghius J.P., Santon A.L.:** *Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt.* „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2002, nr 70 (2), s. 433-438.
- Bielak A., Hańcz P., Brot A., Wilczyński J.:** *Przebieg ciąży i porodu po IVF-ET u pacjentek hospitalizowanych w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej ICZMP w Łodzi w latach 1991-2002.* „Ginekologia Polska” 2003, nr 74, s. 1049-1054.
- Bielak A., Wilczyński J.:** *Ciąża w aspekcie technik rozrodu wspomaganego.* W: *Niepłodność i rozród wspomagany.* Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Bieleńska-Osuchowska Z.:** *Embriologia.* Warszawa 1993.
- Biesaga T.:** *Antropologiczny status embrionu ludzkiego.* W: *Podstawy i zastosowania bioetyki.* Red. T. Biesaga. Kraków 2001.
- Biesaga T.:** *Bioetyka.* W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański.* Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Biesaga T.:** *Bioetyka.* W: *Powszechna encyklopedia Filozofii.* Red. A. Maryniarczyk. T.1. Lublin 2000.
- Biesaga T.:** *Błąd antropologiczny i jego skutki w bioetyce.* W: *Błąd antropologiczny.* Red. A. Maryniarczyk, K. Stępień. Lublin 2003.
- Biesaga T.:** *Deontologizm.* W: *Powszechna encyklopedia filozofii.* Red. A. Maryniarczyk. T.2. Lublin 2001.
- Biesaga T.:** *Elementy etyki lekarskiej.* Kraków 2006.
- Biesaga T.:** *Etyka cnót w etyce medycznej.* „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 3, s. 20-23.
- Biesaga T.:** *Europejska Konwencja Bioetyczna.* „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 11, s. 24-28.
- Biesaga T.:** *O naukowym urządzaniu świata.* W: *Kultura wobec techniki: materiały z sympozjum z cyklu „przyszłość cywilizacji Zachodu” zorganizowanego przez Katedrę Filozofii Kultury KUL.* Red. P. Jaroszyński, I. Chłodna, P. Gondek. Lublin 2004.
- Biesaga T.:** *Personalizm a pryncypializm w bioetyce.* W: *Podstawy i zastosowania bioetyki.* Red. T. Biesaga. Kraków 2001.
- Biesaga T.:** *Personalizm czy utilitaryzm jest właściwą podstawą etyki medycznej?* „Folia Medica Cracoviensia” 1998, nr 39, s. 43-52.
- Biesaga T.:** *Początki bioetyki, jej rozwój i koncepcja.* W: *Podstawy i zastosowania bioetyki.* Red. T. Biesaga. Kraków 2001.

- Biesaga T. (red.):** *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Kraków 2001.
- Biesaga T.:** *Spór o moralny status człowieka w okresie prenatalnym*. „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” 2007, nr 1, s. 9-13.
- Biesaga T. (red.):** *Studia z bioetyki 1. Systemy bioetyki*. Kraków 2003.
- Biesaga T.:** *Uzasadnienia norm moralnych w bioetyce*. „Medycyna Praktyczna” 2004, nr 6, s. 23-26.
- Biesaga T.:** *Wartość życia ludzkiego w ujęciu etyki personalistycznej*. „Seminare” 2003, nr 19, s. 169-175.
- Black E.:** *Wojna przeciw słabym. Eugenika i amerykańska kampania na rzecz stworzenia rasy panów*. Warszawa 2004.
- Bołoz W.:** *Nowy wspaniały świat. Etyczne aspekty inżynierii genetycznej*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Kobyliński. Płock 2004.
- Bołoz W.:** *Życie w ludzkich rękach*. Warszawa 1997.
- Boratyńska M.:** *Umowa w sprawie zapłodnienia pozaustrojowego*. „Prawo i Medycyna” 2008, nr 10, s. 81-96.
- Bortkiewicz P.:** *Sztuczne zapłodnienie*. W: *Jan Paweł II. Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005.
- Bossa N., Jäkle R.:** *Hexal. Podręczny leksykon medycyny*. Wrocław 1996.
- Brok D.W.:** *Klonowanie ludzi: ocena etyczna argumentów za i przeciw*. W: *Czy powstanie klon człowieka? Fakty i fantazje*. Red. M.C. Nussbaum, C.R. Sunstein. Warszawa 2000.
- Bruguès J-L.:** *Fecondazione artificiale: una scelta etica?* Torino 1991.
- Bullock A. (red.):** *Słownik pojęć współczesnych*. Katowice 1999.
- Callahan D.:** *Bioethics As e Discipline*. „Hastings Center Studies” 1973, nr 1, s. 66-73.
- Chadwick R.:** *Playing God*. „Bioethics News” 1990, nr 9, s. 38-46.
- Chazan B.:** *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa 1997.
- Chmielewski G.:** *Zapłodnienie pozaustrojowe – inżynieria biomedyczna ratunkiem dla prokreacji?* <http://www.ginekolog.pl/mod/archiwum/6980>, z dn. 16.04.2010.
- Chmielewski G.:** *Leczenie niepłodności – gdy zawiedzie farmakologia: techniki wspomaganego rozrodu*. <http://www.ginekolog.pl/mod/archiwum/6979>, z dn. 25.04.2010.

- Chyrowicz B.:** *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*. „Diametros” 2009, nr 19, s. 1-25.
- Chyrowicz B.:** *Bioetyka a metafizyka*. „Diametros” 2004, nr 2, s. 170-183.
- Chyrowicz B.:** *Bioetyka czy bioetyki? O możliwości konsensusu w bioetyce*. „Roczniki Filozoficzne” 2000-2001, z. 2, s. 65-89.
- Chyrowicz B.:** *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*. Lublin 2000.
- Chyrowicz B.:** *Eugenika*. W: *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Chyrowicz B.:** *Genom. Poznanie genomu*. W: *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Chyrowicz B. (red.):** *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*. Lublin 1999.
- Chyrowicz B.:** *O sytuacjach bez wyjścia w etyce*. Kraków 2008.
- Chyrowicz B.:** *O względności prawdomówności i prawie do niewiedzy*. <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=deb5&m=43&ii=174>, z dn. 2.12.2009.
- Chyrowicz B.:** *Problem argumentacji z odpowiedzialności za przyszłe pokolenia*. W: *Świadomość środowiska*. Red. W. Galewicz. Kraków 2006.
- Chyrowicz B.:** *Struktura i informacja. O normatywnym statusie genomu człowieka*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001.
- Cierpiałkowska L., Sęk H.:** *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. Poznań 2001.
- Cook R.J., Dickens B.M.:** *Etyczne aspekty prawa aborcyjnego*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001.
- Cook R.J., Fathalla M.M.:** *Prawa reprodukcyjne: poza Kairem i Pekinem*. <http://www.oska.org.pl/biuletyn/3/35.pdf>, z dn. 7.04.2010.
- Czarnecki P.:** *Dylematy etyczne współczesności*. Warszawa 2008.
- Dąbska M.:** *Zasady deontologii w zakresie stosunku do życia ludzkiego i godności ludzkiej*. W: *Refleksje nad etyką lekarską*. Red. K. Osińska. Warszawa 1992.
- Dębski R., Tulczyński A.:** *Rozród wspomagany człowieka w świetle norm deontologicznych*. Warszawa 1997.

- Dhont M., De Sutter P., Ruyssinck G., Martens G., Bekaert A.:** *Perinatal outcome of pregnancies after assisted reproduction: A case-control study*. „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 1999, nr 181, s. 688-695.
- Dubielecki Ł.:** *Zapłodnienie In vitro i transfer embriomu*. <http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/6678>, z dn. 17.04.2010.
- Dupré B.:** *50 teorii filozofii, które powinieneś znać*. Warszawa 2008.
- Dyoniak A.:** *Wpływ woli osób bezpośrednio zainteresowanych na powstanie stosunku prawnego rodzice-dzieci w przypadku nienaturalnej prokreacji*. „Studia Prawnicze” 1993, nr 2-3, s. 49-59.
- Działyńska M.:** *Problematyka prawna macierzyństwa zastępczego*. W: *Wspomagana prokreacja ludzka*. Red. T. Smoczyński. Poznań 1996.
- Eadie B.:** *Eugenika*. W: *Słownik pojęć współczesnych*. Red. A. Bullock. Katowice 1999.
- Engelhardt H.T.:** *The foundations of bioethics*. New York 1996.
- FIGO:** *Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction*. „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 1997, nr 104, s. 511-512.
- Filipowicz A.:** *Bioetyka. Dialog w obronie życia*. Warszawa 2002.
- FIVNAT:** *Pregnancies and births resulting from in vitro fertilization: French national registry, analysis of data 1986 to 1990*. „Fertility and Sterility” 1995, nr 64, s. 745-756.
- Flaman P.:** *Genetic Engineering*. Mahwah 2002.
- Ford N.M.:** *Kiedy powstałem? Problem początku jednostki ludzkiej w historii, w filozofii i w nauce*. Warszawa 1995.
- Fraassen B.C.:** *Values and the Heart's Command*. W: *Moral Dilemmas*. Red. C.W. Gowans. Oxford-New York: Oxford University Press, 1987.
- Fritzhand M.:** *Wartości a fakty*. Warszawa 1982.
- Fukuyama F.:** *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*. Kraków 2004.
- Gadzinowski J., Pawelczyk L., Wiśniewski J. (red.):** *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*. Poznań 2003.
- Gajewski W., Węgleński P.:** *Inżynieria genetyczna*. Warszawa 1986.
- Galewicz W. (red.):** *Świadomość środowiska*. Kraków 2006.
- Galton F.:** *Inquiries into human faculty and its development*. London 1983.

- Gałkowski J.W., Gula J. (red.):** *W imieniu dziecka poczętego*. Rzym-Lublin 1991.
- Gałuszka M., Szewczyk K. (red.):** *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*. Warszawa 2002.
- Gert B., Culver C.M., Clous K.D.:** *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*. Gdańsk 2010.
- Gilligan C.:** *In a Different Voice*. Cambridge 1982.
- Gillon R.:** *Etyka lekarska – cztery zasady plus zakres*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęśna. Łódź 2001.
- Gołąb B.K., Traczyk W.Z., Karasek M.:** *Anatomia i fizjologia człowieka: podręcznik dla studentów farmacji*. Warszawa 1986.
- Goodin R.G.:** *Użyteczność i dobro*. W: *Przewodnik po etyce*. Red. P. Singer. Warszawa 2009.
- Gosden R.:** *Designer Babies: the brave new world of reproductive technology*. Phoenix-London 1999.
- Gowans C.W.:** *The Debate on Moral Dilemmas*. W: *Moral Dilemmas*. Red. C.W. Gowans. Oxford-New York: Oxford University Press, 1987.
- Grochowski D.:** *Kontrolowana hiperstymulacja jajników w programie pozaustrojowego zapłodnienia. Wyniki oraz prewencja powikłań. Streszczenie rozprawy habilitacyjnej*. „Ginekologia Polska” 2000, nr 71, s. 1293-1296.
- Grochowski D.:** *Zespół hiperstymulacji jajników (ZHHJ)*. W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Gula J.:** *Problemy człowieczeństwa człowieka nie narodzonego*. W: *W imieniu dziecka poczętego*. Red. J. W. Gałkowski, J. Gula. Rzym-Lublin 1991.
- Haberko J.:** *Moralne i prawne aspekty dążenia małżonków do posiadania dziecka w kontekście techniki zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro)*. „Prawo i Medycyna” 2008, nr 10, s. 65-80.
- Habermas J.:** *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?* Warszawa 2003.
- Have H.A.M.J. ten, Sass H-M.:** *Introduction: Consensus Formation in Health Care Ethics*. W: *Consensus Formation in Health Care Ethics*. Red. H.A.M.J. ten Hale, H-M. Sass. Dordrecht 1998.
- Hinman L.:** *Reproductive Technology and Surrogacy. An Introduction to the Issues*. <http://ethics.sandiego.edu/LMH/Papers/Introduction%20to%20Reproductive%20Technologies.htm>, z dn. 16.04.2010.

- Holtung N.:** *Altering Humans – The Case For and Against Human Gene Therapy*. „Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics” 1997, nr 6.
- Hołub G.:** *Kazuistyka w poszukiwaniu podstaw moralności*. W: *Studia z bioetyki 1. Systemy bioetyki*. Red. T. Biesaga. Kraków 2003.
- Hołub G.:** *Przekazywanie życia*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Hołub G.:** *Utylitaryzm we włoskiej bioetyce laickiej*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesaga. Kraków 2001.
- Hołówka J.:** *Manipulacje na ludzkich zarodkach*. „Prawo i Medycyna” 2008, nr 1, s. 41-64.
- Hołówka T. (tłum. i red.):** *Nikt nie rodzi się kobietą*. Warszawa 1982.
- Horak S.:** *Inseminacja – wskazania, metody i skuteczność*. „Ginekologia Praktyczna” 2004, nr 6, s. 41-49.
- Huxley A.:** *Brave New World*. London 1932.
- Jan Paweł II:** *Evangelium vitae. Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*. Rzym 1995.
- Jan Paweł II:** *Familiaris consortio. Adhortacja o zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym*. Rzym 1981.
- Jan Paweł II:** *Nauka – sumienie. Spotkanie z przedstawicielami Uniwersytetu Narodów Zjednoczonych w Hiroszimie dnia 25 lutego 1981r.* W: Jan Paweł II: *Nauczanie Papieskie*. T. IV, 1 (styczeń – czerwiec 1981), Poznań 1989.
- Jaroń J. (red.):** *Aktualny stan bioetyki i ekologii w Polsce i na świecie*. Siedlce 2005.
- Jaroń J.:** *Bioetyka – ekofilozofia – wizje przyszłości*. Warszawa 2003.
- Jaroń J.:** *Bioetyka. Wybrane zagadnienia*. Warszawa 1999.
- Jaroń J.:** *Stan bioetyki w Polsce*. W: *Ekofilozofia i bioetyka. Materiały VI Polskiego Zjazdu Filozoficznego w Toruniu*. Red. W. Tyburski. Toruń 1996.
- Jasudowicz T. (tłum. i red.):** *Europejskie standardy bioetyczne: wybór materiałów*. Toruń 1998.
- Jaśtał J. (red.):** *Etyka i charakter*. Kraków 2004.
- Jaworski M.:** *Władysław Tatarkiewicz*. Warszawa 1975.
- Jonsen A.R., Toulmin S.:** *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley 1988.

- Jørgensen G.:** *Farmakogenetyka*. W: *Farmakologia kliniczna i farmakoterapia*. Warszawa 1976.
- Jura C., Klag J.:** *Podstawy embriologii zwierząt i człowieka*. Warszawa 2005.
- Kacalska O.:** *Przebieg ciąż uzyskanych w wyniku stosowania technik rozrodu wspomaganego*. „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” 2006, nr 5, s. 14-27.
- Kant L.:** *Krytyka czystego rozumu*. Warszawa 1957.
- Kant L.:** *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Warszawa 1984.
- Karasiewicz J., Modliński J.:** *Komórki macierzyste ssaków: potencjalne źródło zróżnicowanych komórek do transplantacji*. „Postępy Biologii Komórki” 2001, nr 28, s. 219-242.
- Katechizm Kościoła Katolickiego**. Poznań 1994.
- Katolo A.J.:** *ABC bioetyki*. Lublin 1997.
- Katolo A.J.:** *Contra in vitro*. Warszawa 2010.
- Katolo A.J.:** *Eksperymenty na embrionach*. W: *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Katolo A.J.:** *Kriokonserwacja*. W: *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Klimek R.:** *Położnictwo*. Warszawa 1988.
- Klimowicz E.:** *Problemy moralne laboratoryjnych metod prokreacji*. „Człowiek i Światopogląd” 1988, nr 5, s. 45-47.
- Kłoskowski K.:** *Bioetyczne aspekty inżynierii genetycznej. Wybrane problemy*. Warszawa 1995.
- Kobyliński A.:** *Bioetyka i biotechnologie*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Kobyliński. Płock 2004.
- Kobyliński A. (red.):** *Dylematy bioetyki*. Płock 2004.
- Kongregacja Nauki Wiary:** *Dignitas personae. Instrukcja dotycząca niektórych problemów bioetycznych*. Rzym 2008.
- Kongregacja Nauki Wiary:** *Domum vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania*. Rzym 1987.
- Kopaliński W.:** *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. [http: www.sloownik-online.pl](http://www.sloownik-online.pl), hasła: *dylemat, di, lemat, etyka, bios*, z dn. 25.02.2010.

- Kościół Ewangelicko-Augsburski akceptuje in vitro.** [http: www.wprost.pl/ar/159062/Kosciol-Ewangelicko-Augsburski-akceptuje-in-vitro/](http://www.wprost.pl/ar/159062/Kosciol-Ewangelicko-Augsburski-akceptuje-in-vitro/), z dn. 12.04.2010.
- Kościół luterński za „in vitro”.** [http: www.ekumenizm.pl/article.php?story=20090419125200591](http://www.ekumenizm.pl/article.php?story=20090419125200591), z dn. 12.04.2010.
- Kraj T.: Inżynieria genetyczna.** W: *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Kraj T.: Klonowanie.** W: *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Kraj T.: Nauka, postęp, moralność.** W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesaga. Kraków 2001.
- Krąpiec M.A.: Człowiek i prawo naturalne.** Lublin 1975.
- Kuczyński W.: Bank nasienia.** W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Kuczyński W.: Mikroiniekcja plemnika do komórki jajowej (intracytoplasmic sperm injection – ICSI).** W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Kuczyński W., Radwan J.: Sztuczna inseminacja.** W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Jaroszyński P., Chłodna L, Gondek P. (red.): Kultura wobec techniki: materiały z sympozjum z cyklu „przyszłość cywilizacji Zachodu” zorganizowanego przez Katedrę Filozofii Kultury KUL.** Lublin 2004.
- Kurzawa R.: Genetyczna diagnostyka przedimplantacyjna.** W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Lapp M.: Eugenics. Ethical Aspects.** W: *Encyclopedia of Bioethics*. Red. W. Reich. New York 1995.
- Leach Ph.: Taking a case to the European Court of Human Rights.** Oxford 2005.
- Lemmon E.J.: Moral Dilemmas.** „Philosophical Review” 1962, nr 71, s. 132-158.
- Levine J., Suzuki D.: Tajemnica życia. Czy się bać inżynierii genetycznej.** Warszawa 1996.
- Lewandowski P.: Kwalifikacja i przygotowanie niepłodnych par do IVF.** W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Léwinas E.: Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrżności.** Warszawa 1998.
- Léwinas E.: Etyka i Nieskończony. Rozmowy z Philippe 'm Nemo.** Kraków 1991.

- Łączkowska M.:** *Rodzinnoprawne dylematy wspomaganej prokreacji*. W: *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*. Red. J. Gadzinowski, L. Pawelczyk, J. Wiśniewski. Poznań 2003.
- Machinek M.:** *Diagnostyka preimplantacyjna*. W: *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Machinek M.:** *Embrion ludzki*. W: *Jan Paweł II. Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005.
- Maryniarczyk A. (red.):** *Powszechna encyklopedia filozofii*. T.1. Lublin 2000.
- Maryniarczyk A. (red.):** *Powszechna encyklopedia filozofii*. T.2. Lublin 2001.
- McConnell T.C.:** *Moral Residue and Dilemmas*. W: *Moral Dilemmas and Moral Theory*. Red. H. E. Mason. Oxford University Press, 1996.
- Medycyna i prawo. Za czy przeciw życiu? Materiały z sympozjum zorganizowanego w 50. rocznicę uchwalenia przez ONZ Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*. Lublin 1999.
- Mephram B.:** *Bioetyka. Wprowadzenie dla studentów nauk biologicznych*. Warszawa 2008.
- Michalik R.:** *Pomóż ocalić życie bezbronnemu*. „Wiedza i Życie” 1986, nr 11, s. 5-8.
- Michalik R. (red.):** *Pomóż ocalić życie bezbronnemu*. Kraków 2003.
- Miętkiewski E.:** *Zarys fizjologii lekarskiej. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa 1979.
- Mill J.S.:** *Utylitaryzm: o wolności*. Warszawa 2006.
- Morciniec P.:** *Macierzyństwo zastępcze*. W: *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Morovitz H.J., Trefil J.S.:** *Jak powstaje człowiek? Nauka i spór o aborcję*. Warszawa 1995.
- Muszala A. (red.):** *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Radom 2007.
- Muszala A.:** *Sztuczne zapłodnienie*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Red. A. Muszala. Radom 2007.
- Muszala A.:** *Wybrane zagadnienia etyczne z genetyki medycznej*. Kraków 1998.
- Nagórny J., Jeżyna K. (red.):** *Jan Paweł II. Encyklopedia Nauczania Moralnego*. Radom 2005.

- Naprotechnologia. Prawdziwa alternatywa dla zapłodnienia in vitro.* „Polonia Christiana” 2009, nr 7, s. 10-11.
- Naprotechnologia w służbie życiu.* „Nasz Dziennik” 2008, nr 21.
- Nawrocka A.:** *W poszukiwaniu podstaw i zasad bioetyki.* Katowice 2001.
- Nestorowicz M.:** *Prokreacja medycznie wspomagana i inżynieria genetyczna – konieczność regulacji prawnych.* [http: www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=133](http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=133), z dn. 23.04.2010.
- Niebrój L.:** *Bioetyka programów życiowych.* Katowice 2010.
- Niebrój L.:** *U początków ludzkiego życia.* Kraków 1997.
- Nogueria D., Kurzawa R.:** *Pozaustrojowe dojrzewanie komórek jajowych. W: Niepłodność i rozród wspomagany.* Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Nosowski Z.:** *Zakochać się we własnej żonie.* „Więź” 2004, nr 8-9, s. 26-34.
- Nowicki M.A.:** *Słownik Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.* Kraków 2004.
- Nowicki M.A.:** *Wokół Konwencji Europejskiej. Krótki komentarz do Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.* Kraków 2003.
- Nussbaum M.C., Sunstein C.R. (red.):** *Czy powstanie klon człowieka? Fakty i fantazje.* Warszawa 2000.
- Olejniki S.:** *Dar. Wezwanie. Odpowiedź. Teologia moralna. T. 6, Życie osobiste i współżycie międzyludzkie.* Warszawa 1990.
- Olejniki S.:** *Sztuczne zapłodnienie. Etyka lekarska.* Katowice 1995.
- Olejniki S.:** *W kręgu moralności chrześcijańskiej.* Warszawa 1985.
- O’Neill O.:** *Etyka Kantowska. W: Przewodnik po etyce.* Red. P. Singer. Warszawa 2009.
- Organizacja Narodów Zjednoczonych:** *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (10.12.1948r.).* [http: pl.wikisource.org/wiki/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka_\(1948\)](http://pl.wikisource.org/wiki/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka_(1948)), z dn. 31.03.2010.
- Osińska K. (red.):** *Refleksje nad etyką lekarską.* Warszawa 1992.
- Oświadczenie Kościoła ewangelicko-augsburskiego w RP w sprawie dopuszczalności stosowania metody in vitro (Warszawa, 19.04.2009).** [http: www.luteranie.pl/pl/index.php?D=3354](http://www.luteranie.pl/pl/index.php?D=3354), z dn. 16.11.2010.
- Otowicz R.:** *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego.* Kraków 1998.

- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia:** *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Watykan 1995.
- Patrat C., Wolf J.P., Epelboin S., Hugues J.N., Olivennes F., Granet P., Zorn J.R., Jouannet P.:** *Pregnancies, growth and development of children conceived by subzonal injection of spermatozoa*. „Human Reproduction” 1999, nr 14, s. 2404-2410.
- Pawelczyk L., Sokalska A.:** *Medyczne aspekty niepłodności oraz technik wspomaganego rozrodu*. W: *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*. Red. J. Gadzinowski, L. Pawelczyk, J. Wiśniewski. Poznań 2003.
- Paweł VI:** *Humane vitae. Encyklika o zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego*. Rzym 1968.
- Pawlica J.:** *Podstawowe pojęcia etyki*. Kraków 1994.
- Perri T., Chen R., Yoeli R., Merlob P., Orvieto R., Shalev Y., Ben-Rafael Z., Bar-Hava I.:** *Are singleton assisted productive technology pregnancies a risk of prematurity?* „Journal of Assisted and Reproduction Genetics” 2001, nr 18, s. 245-249.
- Pettit Ph.:** *Konsekwencjalizm*. W: *Przewodnik po etyce*. Red. P. Singer. Warszawa 2009.
- Piątek Z.:** *O śmierci, seksie i metodzie zapłodnienia in vitro*. Kraków 2009.
- Pisarski T., Obara M. (red.):** *Zagadnienia etyczno-deontologiczne w położnictwie i ginekologii*. Poznań 1984.
- Pisarski T., Szamatowicz M.:** *Niepłodność*. Warszawa 1997.
- Platon:** *Dialogi*. T.1. Kęty 1999.
- Plotz D.:** *Fabryka geniuszów. Niezwykła historia banku spermy noblistów*. Warszawa 2007.
- Polska Z.:** *Techniki wspomaganego rozrodu – informacje dla pacjentek*. [http: www.fozik.pl/artykuly/534/1/techniki-wspomaganego-rozrodu---informacje-dla-pacjentek](http://www.fozik.pl/artykuly/534/1/techniki-wspomaganego-rozrodu---informacje-dla-pacjentek), z dn.17.05.2010.
- Poparcie dla in vitro ze strony Luteran.** [http: www.rp.pl/artykul/81429,293244_Poparcie_dla_in_vitro_ze_strony_luteran.html](http://www.rp.pl/artykul/81429,293244_Poparcie_dla_in_vitro_ze_strony_luteran.html), z. dn. 12.04.2010.
- Potter V.R.:** *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs 1971.
- Potter V.R.:** *Bioethics: The Science of Survival*. „Prospectives in Biology and Medicine” 1970, nr 14, s. 120-153.
- Preston R.:** *Etyka chrześcijańska*. W: *Przewodnik po etyce*. Red. P. Singer. Warszawa 2009.

- Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Kair 1994, [http: www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html](http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html), z dn. 7.04.2010.
- Promieńska H. (red.):** *Etyka wobec problemów współczesnego świata*. Katowice 2003.
- Przykulska-Fischer A.:** *Aspekty etyczne sporu o przerywanie ciąży*. Warszawa 1997.
- Przykulska-Fischer A.:** *Bioetyka regulacji i bioetyka teoretyczna*. [http: www.diamet.ros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=deb5&m=43&ii=92](http://www.diamet.ros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=deb5&m=43&ii=92), z dn. 20.09.2010.
- Przykulska-Fischer A.:** *Klonowanie terapeutyczne*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczesna. Łódź 2001.
- Purdy L.M.:** *Assisted reproduction*. W: *A Companion to Bioethics*. Red. H. Kuse, P. Singer. Oxford 1998.
- Rada Europy:** *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: konwencja o prawach człowieka i biomedycynie*. W: *Europejskie standardy bioetyczne: wybór materiałów*. Tłum. i red. T. Jasudowicz. Toruń 1998.
- Radwan J.:** *Dawczyni komórek jajowych*. W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Radwan J.:** *Epidemiologia i psychologiczny aspekt niepłodności*. W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Radwan J. (red.):** *Niepłodność i rozród wspomagany*. Poznań 2005.
- Radwan J.:** *Stymulacja owulacji – uwagi praktyczne*. W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Radwan M.:** *Zapłodnienie pozaustrojowe*. W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Rawls J.:** *Teoria sprawiedliwości*. Warszawa 1994.
- Reich W. (red.):** *Encyclopedia of Bioethics*. New York 1995.
- Reiter J.:** *Ethische Aspekte der Genforschung und Gentechnologie*. W: *Genetic und Moral. Beiträge zu einer Ethik des Ungeborenen*. Red. J. Reiter, U. Theile. Mainz 1985.
- Reiter J., Theile U. (red.):** *Genetic und Moral. Beiträge zu einer Ethik des Ungeborenen*. Mainz 1985.
- Ribes B.:** *Biology and Ethics. Reflection inspired by UNESCO Symposium*. Paryż 1978.
- Rodziński A.:** *Osoba, moralność, kultura*. Lublin 1995.

- Rokicki T.:** *Dojrzewanie komórek jajowych w warunkach in vitro. „Ginekologia po Dyplomie”* 2008, nr 10, s. 23-27.
- Rychlik B. (red. nauk.):** *Biologia. Repetytorium dla maturzystów i kandydatów na wyższe uczelnie.* Warszawa 2005.
- Ryn Z.J.:** *Aspekty psychologiczne i antropologiczne klonowania człowieka. W: Medycyna i prawo. Za czy przeciw życiu? Materiały z sympozjum zorganizowanego w 50. rocznicę uchwalenia przez ONZ Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka.* Lublin 1999.
- Safjan M.:** *Prawo polskie a Europejska Konwencja Bioetyczna. „Prawo Medyczne”* 2000, nr 5, s. 5-18.
- Sarnowski S., Fryckowski E. (red.):** *Problemy etyki – wybór tekstów.* Bydgoszcz 1993.
- Sass H-M.:** *Etyka transkulturowa a etos medycyny. W: Dylematy bioetyki. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęśna.* Łódź 2001.
- Sawicki D.:** *Moralność a leczenie niepłodności człowieka. Etyczny wymiar ingerencji medycyny w ludzkie poczęcie.* <http://www.bialystok.opoka.org.pl/sawdar/czytelnia/doktorat/art2.htm>, z dn. 22.04.2010.
- Sikora A.:** *Dylematy w bioetyce - in vitro - rodzina - medycyna - etyka.* <http://www.archidiecezja.wroc.pl/pliki/wd-invitro06092008.pdf>, z dn. 12.04.2010.
- Singer P.:** *Etyka praktyczna.* Warszawa 2003.
- Singer P.:** *O życiu i śmierci: upadek etyki tradycyjnej.* Warszawa 1997.
- Singer P. (red.):** *Przewodnik po etyce.* Warszawa 2009.
- Singer P., Wells D.:** *Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji.* Warszawa 1988.
- Sinkiewicz W.:** *Zagrożenia moralno-etyczne zapłodnienia in vitro. Wiele trudnych pytań.* http://glos.umk.pl/2009/02/wiele_trudnych_pytań/, z dn. 7.03.2010.
- Sinnott-Armstrong W.:** *Moral Dilemmas.* Oxford: Basil Blackwell 1988.
- Smoczyński T. (red.):** *Wspomagana prokreacja ludzka.* Poznań 1996.
- Spaemann R.:** *Osoby. O różnicy między czymś a kimś.* Warszawa 2001.
- Sparks C.H., Hamilton J.A.:** *Psychological issues related to alternative insemination. „Professional Psychology: Research and Practice”* 1991, nr 22 (4), s. 308-314.
- Speroff L., Glass H., Kase N.:** *Ectopic pregnancy. W: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Red. L. Speroff, H. Glass, N. Kase. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland* 1994.

- Stojanowska W.:** *Dowód z badań DNA a inne dowody w procesach o ustalenie ojcostwa*. Warszawa 2000.
- Styczeń T.:** *Zarys etyki: metaetyka*. Lublin 1974.
- Sujka A.:** *Jan Paweł II o życiu*. Kraków 1999.
- Szamatowicz M.:** *Bezpłodność – choroba społeczna, społecznie niedowartościowana*, <http://biol-chem.uwb.edu.pl/dzn2004dd.htm>, z dn. 7.04.2010.
- Szamatowicz M.:** *Jeśli nie In vitro, to co? Na pewno nie naprotechnologia*. „Gazeta Wyborcza Białystok” 2009, nr 46, s. 2.
- Szamatowicz M.:** *Kościół popiera pseudonaukę przeciw In vitro*. „Gazeta Wyborcza Lublin” 2009, nr 75, s. 2.
- Szawarski Z.:** *Etyka i przerywanie ciąży*. W: *W kręgu życia i śmierci: moralne problemy medycyny współczesnej*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987.
- Szawarski Z.:** *Moralne problemy dotyczące opieki nad dziećmi nieuleczalnie chorymi*. W: *W kręgu życia i śmierci: moralne problemy medycyny współczesnej*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987.
- Szawarski Z.:** *Nowy, wspaniały „homo sapiens” (Etyczne aspekty sztucznej prokreacji)*, „Studia Filozoficzne” 1988, nr 3.
- Szawarski Z.:** *Raport w sprawie statusu pozaustrojowej zygoty ludzkiej*. „Seksuologia” 1996, nr 1, s. 3-13.
- Szawarski Z. (red.):** *W kręgu życia i śmierci: moralne problemy medycyny współczesnej*. Warszawa 1987.
- Szawarski Z.:** *Wprowadzenie – dwa modele etyki medycznej*. W: *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987.
- Szawarski Z.:** *Zrozumieć człowieka umierającego*. W: *Zrozumieć człowieka: materiały z konferencji naukowej (Oświęcim-Harmęże, 6-7. XII. 2001r.)*. Red. B. Szlachta. Kraków 2001.
- Szczygieł K.:** *Moralne granice eksperymentu medycznego*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesaga. Kraków 2001.
- Szewczyk K.:** *Bioetyka kulturowa jako rozległa doktryna moralna*. W: *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*. Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk. Warszawa 2002.
- Szewczyk K.:** *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. T.1. Warszawa 2009.
- Szewczyk K.:** *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. T.2. Warszawa 2009.

- Szewczyk K.:** *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej.* Warszawa 2001.
- Szewczyk K.:** *Medycyna z perspektywy bioetyki kulturowej.* W: *Dylematy bioetyki.* Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001.
- Szewczyk K.:** *Medycznie wspomagana prokreacja w tzw. Ustawie bioetycznej – na trakcie ku Kostaryce.* http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_in_vitro_1.pdf, z dn. 7.04.2010.
- Szewczyk K.:** *Troska, zaufanie i sprawiedliwość jako wartości ustanawiające etykę medyczną.* W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem.* Red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko. Wrocław 2000.
- Szlachta B. (red.):** *Zrozumieć człowieka: materiały z konferencji naukowej (Oświęcim-Harmże, 6-7. XII. 2001r.).* Kraków 2001.
- Szostek A.:** *Wokół godności, prawdy i miłości.* Lublin 1995.
- Szymańska M.:** *Bioetyka początków życia.* Białystok 2004.
- Szymańska M.:** *Etyczne aspekty medycznie wspomaganej prokreacji i diagnostyki prenatalnej.* W: *Dylematy bioetyki.* Red. A. Kobyliński. Płock 2004.
- Szymański Ł.:** *In vitro. Życie za życie.* Kraków 2009.
- Szymański M., Barciszewski J.:** *Genetyka molekularna „in vitro”.* W: *Nowe tendencje w biologii molekularnej i inżynierii genetycznej oraz medycynie.* Red. J. Barciszewski, K. Łatowski, T. Twardowski. Poznań 1996.
- Ślęczek-Czakon D.:** *Argument równi pochyłej w bioetyce. Spór o granice ryzyka.* W: *Etyka wobec problemów współczesnego świata.* Red. H. Promieńska. Katowice 2003.
- Ślęczek-Czakon D.:** *Czy bioetyka kulturowa zastąpi bioetykę regulatywną? Uwagi o kryzysie bioetyki regulatywnej i obietnicach bioetyki kulturowej.* W: *Aktualny stan bioetyki i ekologii w Polsce i na świecie.* Red. J. Jaroń. Siedlce 2005.
- Ślęczek-Czakon D.:** *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych.* Katowice 2004.
- Ślipko T.:** *Bioetyka. Najważniejsze problemy.* Kraków 2009.
- Ślipko T.:** *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki.* Kraków 1994.
- Ślipko T.:** *Niektóre aspekty moralne początków życia ludzkiego. Uwagi na marginesie „Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia i godności jego przekazywania”.* „Życie Katolickie” 1988, nr 7, s. 34-42.

- Ślipko T.:** *Zarys etyki ogólnej*. Kraków 1984.
- Ślipko T.:** *Życie i płeć człowieka. Przedmałżeńska etyka seksualna. Etyczny problem samobójstwa*. Kraków 1978.
- Śliwa L.:** *Wpływ leczenia niepłodności techniką rozrodu wspomaganego na zdrowotność populacji ludzkiej*. „Nowa Medycyna” 2008, nr 1, s. 11-14.
- Środoń M.:** *Alternatywa dla In vitro. Naprotechnologia – kompleksowy sposób postępowania w leczeniu niepłodności w zgodzie z kobiecą fizjologią i godnością*. „Służba Życiu” 2008, nr 1, s. 20-22.
- Tatarkiewicz W.:** *Historia filozofii*. T.1. Warszawa 2009²².
- Tatarkiewicz W.:** *Historia filozofii*. T.2. Warszawa 2009²².
- Tatarkiewicz W.:** *Historia filozofii*. T.3. Warszawa 2009¹⁹.
- Tatarkiewicz W.:** *O szczęściu*. Warszawa 2008.
- Terry D., Hynes G.J.:** *Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses*. „Journal of Personality and Psychology” 1998, nr 74 (4), 1078-1092.
- Testart J.:** *Przejrzysta komórka*. Warszawa 1990.
- Thomson J.J.:** *Obrona sztucznego zapłodnienia*. W: *Nikt nie rodzi się kobietą*. Tłum. i red. T. Hołówka. Warszawa 1982.
- Tokarczyk R.:** *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 1997.
- Tooley M.:** *Abortion and infanticide*. Oxford 1983.
- Tough S.C., Greene C.A., Svenson L.W., Belik J.:** *Effects of in vitro fertilization on low birth weight, preterm delivery, and multiple birth*. „Journal of Pediatrics” 2000, nr 136, s. 618-622.
- Trzeciakowska A.:** *Wybrane zagadnienia psychologiczne związane z procesem leczenia niepłodności technikami wspomaganego rozrodu*. W: *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*. Red. J. Gadzinowski, L. Pawelczyk, J. Wiśniewski. Poznań 2003.
- Tulibacki W.:** *Bioetyka – przegląd problemów*. „Humanistyka i Przyrodoznawstwo” 1995, nr 1.
- Tulibacki W.:** *Etyka i naturalizm*. Olsztyn 1998.
- Tulibacki W.:** *Etyka i nauki biologiczne*. Olsztyn 1994.

- Twardowski T., Michalska A.:** *Dylematy współczesnej biotechnologii z perspektywy biotechnologa i prawnika*. Toruń 2000.
- Tyburski W. (red.):** *Ekofilozofia i bioetyka. Materiały VI Polskiego Zjazdu Filozoficznego w Toruniu*. Toruń 1996.
- Tyburski W., Wachowiak A., Wiśniewski R.:** *Historia filozofii i etyki do współczesności*. Toruń 2002.
- Wachbroit R.:** *Human genetic engineering*. W: *Encyclopedia of Bioethics*. Red. W. Reich. New York 1995.
- Warren M.A.:** *Przerywanie ciąży*. W: *Przewodnik po etyce*. Red. P. Singer. Warszawa 2009.
- Wesołowski B.:** *Sposoby rozumienia bioetyki w Polsce*. <http://www.cecib.uksw.edu.pl/czytelnia-bioprawo-i-bioetyka-42/104-bioetyka-wesosowski-b-sposoby-rozumienia-bioetyki-w-polsce>, z dn. 15.09.2010.
- Williams B.:** *Ethical Consistency*. W: *Problems of the Self. Philosophical Papers 1956 – 1972*. „Cambridge University Press” 1985, s. 166-186.
- Wiścicki T.:** *Majstrowanie przy człowieku (rozmowa z prof. Andrzejem Paszewskim, genetykiem z Instytutu Biochemii i Biofizyki PAN)*. http://www.wiez.com.pl/index.php?s=miesiecznik_opis&id=91&t=778, z dn. 22.03.2010.
- Witt M.:** *Czy warto poszukiwać chromosomu Y, czyli o metodach molekularnej diagnostyki płci i ich zastosowaniu w medycynie i genetyce*. W: *Nowe tendencje w biologii molekularnej i inżynierii genetycznej oraz medycynie*. Red. J. Barciszewski, K. Łatowski, T. Twardowski. Poznań 1996.
- Wojtasiński Z.:** *Tajemnice zapłodnienia*. „Rzeczpospolita” 1998, nr 13, s. 25.
- Wojtyła K.:** *Miłość i odpowiedzialność*. Lublin 1982.
- Wołczyński S.:** *Przedłużona hodowla zarodków do stadium blastocysty w programie IVF-ET*. W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Wołczyński S.:** *Stymulacja owulacji*. W: *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. J. Radwan. Poznań 2005.
- Wotson R.:** *Manipulacje genetyczne*. Warszawa 1998.
- Wójcik B.:** *Bioetyka i tożsamość człowieka*. Tarnów 2007.
- Wroński W.:** *Aspekty psychologiczne i prawno-etyczne sztucznej inseminacji nasieniem dawcy*. W: *Zagadnienia etyczno-deontologiczne w położnictwie i ginekologii*. Red. T. Pisarski, M. Obara. Poznań 1984.

Wróbel J.: *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych.* Kraków 1999.

Yoxen E.: *Unnatural Selection.* London 1986.

Zapart B.: *In vitro – tak czy nie?* „Metanoia” 2010, nr 37, s. 4-6.

Z historii etyki. [http: portal.wsiz.rzeszow.pl/plik.aspx?id=9245](http://portal.wsiz.rzeszow.pl/plik.aspx?id=9245), z dn. 14.06.2010.

Zielonacki A.: *Prawo do znajomości własnego pochodzenia.* „Studia Prawnicze” 1993, nr 1, s. 99-103.

Żelichowski M.: *Status zarodka i płodu ludzkiego – aspekt prawno-medyczny.* „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” 2007, nr 1, s. 24-25.